



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# QUEBRAS CUTÂNEAS EM DOENTE IDOSO HOSPITALIZADO

Diana Maria Campos Pinto Torres Cibrão



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Diana Maria Campos Pinto Torres Cibrão

## **- Quebras cutâneas em doente idoso hospitalizado -**

**IV CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Trabalho realizado sob orientação de**  
Professor Doutor Luís Carlos Carvalho Graça

**Abril, 2018**



### RESUMO

As quebras cutâneas são lesões traumáticas mais frequentes nas extremidades nomeadamente dos MS's. Resultam frequentemente da fricção, ou da ação conjunta de forças de fricção e de cisalhamento, que separam camadas da pele.

O presente estudo tem como objetivo identificar fatores associados às quebras cutâneas, no doente idoso hospitalizado num serviço de cirurgia de um hospital regional.

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional (nível II), com uma amostra de 53 doentes, com idades compreendidas entre 65 e 95 anos de idades, nomeadamente do sexo feminino. O instrumento utilizado foi, um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, construído para o efeito, a Escala de STAR (Carville et al. 2007), a Escala de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965; Sequeira, 2007), e a Escala de Braden (Bergstrom, 1996; Rijswijk e Couortney, 2005).

Dos 53 doentes incluídos no estudo, 49,1% apresentam pele seca e descamativa e 41,5%DM. Observa-se que 45,3% apresenta grau de dependência total e 54,7% de risco de UP. Os edemas nos MI estão presentes em 26,4% e as equimoses em 17%, na admissão.

A taxa de prevalência foi das quebras cutâneas foi de 34% e a taxa de incidência foi de 18,6%, sendo em ambos os casos a categoria 1b a mais frequente.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas das quebras cutâneas entre os sexos ou a idade. Por outro lado, foram encontradas diferenças quando consideramos o grau de dependência, ou as características da pele, como a existência de hematomas, edemas nos MS's e púrpura.

Assim, este estudo vem contribuir para preencher a lacuna que parece existir no que diz respeito à investigação sobre as quebras cutâneas em Portugal, sugerindo que fatores clínicos, como o grau de dependência, a existência de equimoses, edemas e púrpura, constituem fatores de risco para desenvolvimento das quebras cutâneas, devendo por isso ser foco de atenção clínica.

**Palavras Chave:** Envelhecimento, Pele, Quebras Cutâneas, Enfermagem

## ABSTRACT

Skin tears are lesions of traumatic etiology, that occur mainly in the extremities of a person's body, more commonly in the upper limbs. These usually result from friction, or from the joint action of friction and shear, that separate the layers of skin.

The present study aims to identify factors associated to skin tears in elderly patients hospitalized in a surgery service, in a regional hospital.

It is a descriptive-correlational study (level II), carried out with a sample of 53 patients, aged between 65 and 95 years, mostly females. The measure used was a sociodemographic and clinical questionnaire developed for the study, the STAR scale (Carville et al. 2007), the Barthel scale (Mahoney e Barthel, 1965; Sequeira, 2007) and the Braden scale (Bergstrom, 1996; Rijswijk e Couorttney, 2005).

Of the 53 patients included in the study, 49,1% presented dry and scaly skin, and 41,5% diabetes mellitus. 45,3% of the patients presented a level of total dependency and 54,7% presented risk for pressure ulcers development. Edemas were present in 26, 4% of the patients, and bruises in 17%, when patients were first admitted in the hospital.

The prevalence rate of the skin tears was 34% and the incidence rate was 18,6%, being in both cases the B category the most common.

No significant differences were found between skin tears, regarding gender or age. On the other hand, significant differences were found concerning the dependency level and skin characteristics, such as the existence of bruises, edema in the upper limbs and purpura.

Thus, this study contributes to fill the gap that seems to exist in the literature regarding research about skin tears in Portugal, suggesting that clinical factors, such as dependency, the existence of ecchymosis, edema in the upper limbs and purpura, constitute risk factors to the development of skin tears, and so should be a focus of clinical attention.

**Key words:** Aging, Skin, Skin Tears, Nursing

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Luís Graça, por ter aceitado orientar esta dissertação, pela riqueza do seu conhecimento científico e pelo estímulo e disponibilidade constante.

À Dra. Ana Luísa Barreto por me ter acompanhado neste longo percurso e pelo profissionalismo e competência com que o cumpriu.

À Direção da Instituição onde foram autorizados todos os momentos de colheita de dados, e aos colegas, doentes e familiares que possibilitaram essas mesmas colheitas.

Às minhas colegas do Internamento, um agradecimento em especial, por me terem apoiado e que me continuam a oferecer todo o apoio, carinho e amizade.

Aos colegas do serviço de Medicina onde foi efetuado o Pré-teste, apesar de não pertencer ao meu serviço, um muito obrigado por terem contribuído para o meu projeto de estudo.

Aos doentes que permitiram que meu estudo fosse desenvolvido, ao longo dos 2 meses.

À minha tão estimada família e verdadeiros amigos, que foi privada da minha companhia, mas que mesmo assim sempre apoiou as minhas decisões e este percurso.

Esta dissertação é dedicada a vós... A todos, que mesmo não tendo sido mencionados, me permitem enriquecer diariamente e possibilitaram a realização deste trabalho.

**Pensamento**

*“A persistência é o menor caminho do êxito”*

*(Charles Chaplin)*

**SIGLAS**

AVD – Atividade de Vida Diária

CVP – Cateter Venoso Periférico

DM – Diabetes Mellitus

DP – Desvio Padrão

DVP – Doença Vascular Periférica

DGS – Direção Geral da Saúde

ESS – Escola Superior de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

MI's – Membros inferiores

MS's – Membros superiores

NUTS - Unidades Territoriais Portuguesas

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

STAR – Skin Tear Audit Research

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UP's – Úlceras de Pressão



## INDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>CAPITULO I - O ENVELHECIMENTO E O CUIDAR DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>17</b>
1.1 Processo de envelhecimento humano .....	18
1.2 Cuidar de Enfermagem e o idoso .....	20
1.3 O Enfermeiro Especialista e o cuidado ao doente idoso.....	24
<b>CAPÍTULO II - QUEBRAS CUTÂNEAS - UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM .....</b>	<b>27</b>
2.1 A pele.....	28
2.2 Quebras cutâneas.....	30
2.3 Classificação das quebras cutâneas .....	32
2.4 - Prevalência e Incidência das Quebras Cutâneas.....	33
2.5 Causas e fatores de risco para desenvolvimento das quebras cutâneas.....	35
2.6 Prevenção de quebras cutâneas .....	38
2.7 Tratamento das quebras cutâneas.....	40
<b>CAPÍTULO III - OPÇÕES METODOLÓGICAS .....</b>	<b>43</b>
3.1 Objetivo do estudo.....	44
3.2 – Tipo de estudo.....	45
3.3 População e amostra.....	47
3.4 Variáveis de estudo .....	48
3.5 Instrumento de colheita de dados .....	49
3.5.1. Questionário sociodemográfico e clínico. ....	50
3.5.2 Escala de Barthel .....	50
3.5.3 Escala de Braden .....	51
3.5.4 Escala STAR.....	52
3.6. Procedimentos de colheitas de dados .....	53
3.7 Tratamento estatístico dos dados.....	54

3.8 Procedimentos éticos.....	54
<b>CAPÍTULO IV – RESULTADOS .....</b>	<b>57</b>
4.1. Características sociodemográficas .....	58
4.2. Características clínicas.....	59
4.3. Prevalência de quebras cutâneas.....	63
4.4. Associação entre características sociodemográficas e prevalência das Quebras Cutâneas.	65
4.5. Associação entre a situação clínica do doente e a prevalência das Quebras Cutâneas .....	66
4.7. Associação entre características sociodemográficas e incidência das Quebras Cutâneas ...	70
4.8. Associação entre a situação clínica do doente e a incidência das Quebras Cutâneas.....	70
<b>CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....</b>	<b>75</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>90</b>

## INDICE ANEXOS

<b>ANEXOS .....</b>	<b>99</b>
ANEXO A - INE (Índice de Envelhecimento) .....	100
ANEXO B - Escala de Braden Adulto.....	102
ANEXO C - Escala de Bathel .....	104
ANEXO D - Escala STAR .....	106
ANEXO E - Autorização da comissão de ética .....	108

**INDICE APÊNDICE**

<b>APÊNDICES .....</b>	<b>110</b>
APÊNDICE I - Consentimento Informado livre e esclarecido .....	111
APÊNDICE II - Questionário .....	113
APÊNDICE III - Associação entre equimoses, edemas MS e púrpura e prevalência de Quebras Cutâneas.....	119
APÊNDICE IV – Associação entre equimoses, púrpura e incidência de Quebras Cutâneas .....	121

## INDICE TABELAS

### TABELAS

TABELA 1 - Distribuição dos doentes conforme as características sociodemográficas....	58
TABELA 2 - Descrição dos antecedentes de saúde dos doentes idosos hospitalizados no serviço de Cirurgia.....	59
TABELA 3 - Distribuição dos doentes idosos conforme as taxas de prevalência de caraterísticas clínicas.....	60
TABELA 4 - Distribuição dos doentes idosos conforme as taxas de incidência de caraterísticas clínicas.....	61
TABELA 5 - Distribuição dos doentes idosos, conforme os scores na Escala de Braden	62
TABELA 6 – Distribuição dos doentes idosos, conforme os pontos de corte do risco de UP (n = 52) .....	62
TABELA 7 - Distribuição dos doentes idosos, conforme o grau de dependência (n = 52) .....	63
TABELA 8 - Distribuição dos doentes idosos, conforme os pontos de Corte da Escala de Barthel .....	63
TABELA 9 - Distribuição dos doentes idosos, conforme a prevalência de Quebras Cutâneas .....	64
TABELA 10 - Distribuição dos doentes idosos com Quebras cutâneas, conforme a gravidade (n=18) .....	64
TABELA 11 - Associação entre variáveis sociodemográficas e presença de quebras cutâneas .....	65
TABELA 12 - Análise das diferenças entre o tempo de internamento, o risco de Úlcera de Pressão e o grau de dependência, e a prevalência das Quebras Cutâneas .....	67
TABELA 13 - Associação entre características clínicas e prevalência de quebras cutâneas .....	68
TABELA 14 - Distribuição dos doentes idosos, conforme a incidência de Quebras Cutâneas .....	69
TABELA 15 - Distribuição dos doentes idosos que desenvolveram Quebras Cutâneas..	69
TABELA 16 - Associação entre variáveis sociodemográficas e a incidência de quebras cutâneas (n = 43).....	70
TABELA 17 – Análise das diferenças entre o tempo de internamento, o risco de Úlcera de Pressão e o grau de dependência, e a incidência das Quebras Cutâneas (n=43) .....	72

TABELA 18 - Associação entre variáveis clínicas e incidência de quebras cutâneas (n=43)	
.....	73







## INTRODUÇÃO

O Enfermeiro é o profissional de saúde que mais acompanha o doente idoso no seu processo saúde/doença, em contexto hospitalar, desde o momento de admissão até ao momento de alta clínica. Assim, torna-se um elo importante na equipa de saúde, na medida em que identifica os problemas e toma decisões clínicas autónomas conducentes à obtenção de resultados positivos para os doentes, famílias e sociedade.

Segundo Fontaine (2000), o envelhecimento uma fase do desenvolvimento, que envolve um conjunto de processos através dos quais o organismo sofre alterações, sendo também considerado como o percurso de cada indivíduo no *continuum* normal-patológico. As diferenças entre as pessoas resumir-se-iam, apenas a uma questão da velocidade a que atravessam esta fase desenvolvimental, pois com o tempo toda a velhice teria tendência a reduzir-se a um estado patológico de senilidade ou demência.

Como tal, o processo de envelhecimento desencadeia alterações cognitivas e fisiológicas bem como, com aumento da idade, a perda de elasticidade da pele e todo o processo de co morbilidades, que levam ao surgimento de quebras cutâneas.

Assim, LeBlanc e Baranoski (2011) definem Quebras Cutâneas como o resultado de cisalhamento, fricção ou trauma, que provocam a separação das camadas da pele. Consequentemente, as feridas são parciais ou totais, dependendo da espessura e do grau do dano tecidual. No entanto, são habitualmente superficiais, limitadas à derme e têm como característica principal a presença de um retalho de pele (Mota, 2011).

A definição mais citada de Quebras Cutâneas é a de Payne e Martin (1993), que as consideram como uma lesão traumática, ocorrendo como resultado do rasgo ou fricção, sendo que as forças separam a epiderme da derme (espessura parcial da ferida) ou separam os dois (a epiderme e a derme separam-se das estruturas subjacentes). Os autores referem também que estas surgem principalmente na população idosa, em doentes críticos ou clinicamente comprometidos e em indivíduos que necessitam de cuidados especiais por cuidadores (LeBlank e Baranoski, 2011; 2013).

Os mesmos autores advogam que, pese embora os anos 1993 e 2007 tenham sido bastantes frutíferos relativamente ao estudo do conceito, investigação formal e criação de protocolos clínicos para a classificação das quebras cutâneas só ocorre, em 2011, com um inquérito internacional que subsidiou a escrita de um documento formal que expressa o consenso entre peritos de diversos países no que toca ao diagnóstico e tratamento de quebras cutâneas, sendo este denominado de STAR (Skin Tear Classification System).

A abordagem desta problemática configurou-se, para nós, um desafio, dado a perceção da pouca relevância que tem tido até à atualidade no que toca à realidade portuguesa, em que o estado de arte neste domínio do conhecimento é francamente escasso, dada a pouca produção científica nesta área, sendo que a existente é pouco aplicada ou divulgada. Deparamo-nos com a necessidade da interação e partilha de informação com outros enfermeiros, que desconheciam o conceito, para garantir a prestação de cuidados de qualidade, quer ao nível da prevenção, quer do tratamento das quebras cutâneas.

Enquanto enfermeira a prestar cuidados em contexto cirúrgico hospitalar, verifiquei que o internamento é, só por si, em qualquer idade, um momento difícil para o doente e seus familiares, na medida em que os contextos de internamento são cada vez mais focados e ocupados por idosos, com co morbilidades, situações de dependência mais elevadas, estados de saúde graves, com necessidades mais intensivas de cuidados de enfermagem mais complexos.

Com este estudo pretendemos assim acrescentar valor ao trabalho desenvolvido diariamente pelos enfermeiros em contexto hospitalar, em concreto no serviço cirúrgico, no que toca ao cuidado de enfermagem a doentes com quebras cutâneas. Pretendemos igualmente ajudar no esclarecimento da definição do conceito de quebras cutâneas no seio da equipa de enfermagem, de forma a contribuir para melhorar a qualidade na prestação de cuidados, no que toca à sua prevenção/tratamento, promovendo a criação de indicadores de qualidade através da escala de avaliação da lesão, no sentido de prevenir o aparecimento de novas lesões cutâneas.

Deste modo, definimos como questão de partida: quais os fatores associados às quebras cutâneas, no doente idoso hospitalizado num serviço de cirurgia de um hospital regional?

Para darmos resposta a esta questão, tornou-se importante identificar fatores, intrínsecos e extrínsecos, associados ao desenvolvimento das quebras cutâneas nos idosos internados num serviço de cirurgia.

Desta forma, foi definido como principal objetivo deste estudo: Analisar fatores associados a quebras cutâneas em doentes idosos hospitalizados num serviço de cirurgia de um hospital regional.

A dissertação é composta por cinco capítulos. No primeiro capítulo abordamos o processo de envelhecimento no contexto do cuidado em enfermagem. No segundo capítulo, desenvolvemos a problemática das quebras cutâneas, que constitui um desafio para a Enfermagem. De seguida, no terceiro capítulo, apresentamos as opções metodológicas,

onde descrevemos os objetivos e tipo de estudo, a população e amostra, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos formais, o procedimento no tratamento estatístico dos dados, bem como, os procedimentos éticos. O quarto capítulo contempla os resultados do estudo e, por fim, o quinto capítulo refere-se à discussão dos resultados.

Por uma questão de coerência iremos utilizar o termo doente para nos referirmos ao doente idoso, alvo do cuidado do enfermeiro.



**CAPITULO I - O ENVELHECIMENTO E O CUIDAR DE  
ENFERMAGEM**

O envelhecimento é um processo que atravessa as gerações, tendo inúmeras implicações na qualidade de vida, saúde e necessidades de cuidados.

Segundo Pocinho (2014), as alterações demográficas e o aumento da esperança média de vida da população impõem diversos desafios aos indivíduos e à sociedade, traduzindo-se, a nível individual, no aumento da longevidade, e a nível coletivo, nas mudanças e imperfeições das relações sociais e familiares, bem como em complicações económicas.

A Enfermagem trata-se de uma ciência e uma arte em construção sendo que, também com base em teorias e modelos conceituais, tem como objeto e finalidade de sua ciência, o cuidado do outro, na sua essência

Ao longo deste capítulo, pretendemos abordar o processo de envelhecimento, os cuidados de enfermagem ao doente idoso hospitalizado, nunca descurando que é necessário cuidar do doente e da família. Abordaremos assim o papel do Enfermeiro Especialista em Médico-cirúrgica, bem como bases teóricas que sustentam a prática de Enfermagem.

### **1.1 Processo de envelhecimento humano**

O nosso corpo possui uma dimensão temporal ou duração. Como diz Ribeiro (2003, p.16), é “pelo corpo que eu vivo o momento presente e a partir dele organizo o meu passado (revivo o tempo que já vivi) e o futuro (antecipo o tempo que espero viver). E é ainda em função do meu corpo que estruturo o tempo histórico e o tempo cósmico”.

Ribeiro (2013) começa por descrever o corpo humano tal como ele é captado pelos nossos sentidos – enquanto objeto físico.

À medida que o processo de envelhecimento humano vai avançando, existe uma perda gradual das reservas fisiológicas, bem como um aumento do risco de contrair doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo, resultando por fim no falecimento. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes, e estão apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos.

Segundo a OE (2015), o processo de envelhecimento e a velhice devem ser considerados como parte integrante do ciclo de vida. Ao longo do tempo, o conceito de envelhecimento e as atitudes perante os idosos têm vindo a mudar e refletem, por um lado, o nível de

conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia humana e, por outro lado, a cultura e as relações sociais.

O processo biológico é natural, dinâmico e progressivo, e sua evolução provoca no organismo diversas alterações (Smeltzer e Bare, 2002). Segundo Ruivo [et al.] (2009), o declínio progressivo do funcionamento dos órgãos no idoso não ocasiona processos patológicos. Morfologicamente, observa-se o aparecimento de alterações na forma do corpo, caracterizados pela presença de rugas, cabelos brancos, entre outros. Fisiologicamente, as alterações estão relacionadas com a diminuição das funções orgânicas, e bioquimicamente o envelhecimento evidencia-se por meio das mudanças da atividade glandular e da deterioração dos mecanismos de síntese do organismo, principalmente da síntese proteica, que é imprescindível para a manutenção da vitalidade (Smeltzer e Bare, 2002).

O processo de envelhecimento pode ser resultado da interação entre múltiplas influências externas e internas, sendo necessário distinguir os efeitos inerentes ao próprio envelhecimento dos efeitos aditivos de influências externas, determinando-se o que é causa do envelhecimento biológico, o que é causa do envelhecimento patológico, ou se há uma associação entre ambos (Ruivo [et al.], 2009).

Almeida (2006), refere que a velhice é uma etapa da vida em que a estrutura corporal se vai alterando mais visivelmente e rapidamente; no entanto, estas alterações próprias do envelhecimento vão-se fazendo notar de forma bastante variável. Os idosos apresentam mais dificuldade em adaptar-se a mudanças, e muito mais facilidade em lesionar-se; a velhice constitui ainda um fator de risco para a acumulação de processos patológicos. Smeltzer e Bare (2002), associam o envelhecimento à perda da beleza, da capacidade física, à instalação de processos patológicos e de outros fatores que levam a que o ser humano se sinta frustrado perante essa realidade, uma vez que se vai instalando diariamente, de forma irreversível, tornando claras e inequívocas as mudanças e limitações características dessa época da vida. Também, segundo sociólogos e psicólogos, existem alterações independentes do processo biológico, como as sociais, psicológicas, espirituais que são tão importantes quanto o aspeto biológico no processo de envelhecimento. Segundo Paul (2001), o processo de envelhecimento está na base da criação da Gerontologia que emerge na segunda metade do século XX e ganha visibilidade na década de oitenta. Não sendo a idade biológica um indicador preciso das alterações que acompanham o envelhecimento, a probabilidade de experimentar graves incapacidades físicas e cognitivas aumenta significativamente nas idades mais

avançadas e o grupo dos «mais idosos» é o que tem evidenciado o mais rápido crescimento, em Portugal e no Mundo.

De facto, a tendência para o crescimento da população idosa é um dos traços mais salientes da sociedade portuguesa atual, constituindo um desafio ainda maior para a enfermagem. Portugal enfrenta presentemente uma realidade que, sendo comum à generalidade dos países europeus, tem um impacto social relevante: baixas taxas de natalidade e aumento da esperança de vida.

O Instituto Nacional de Estatística (INE), numa simulação da projeção do índice de envelhecimento entre 2015 e 2080, estima que o crescimento da população idosa vá aumentando até 2049, sendo que, mesmo no cenário mais otimista, em 2080 este será em todas as regiões superior a 220 (Portugal, 2017). Só tenderá a estabilizar perto de 2060, quando as gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações já se encontrarem no grupo etário dos 65 anos ou mais. Ainda segundo as estimativas do INE (Portugal, 2013), o número de idosos passará de 2,1 milhões, em 2017, para 2,8 milhões, em 2080, o que traça um cenário preocupante e desafiador para a enfermagem.

Para a OMS (2002), o envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial. Prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento. Acrescenta ainda que aproximadamente 75% dessas pessoas vive nos países desenvolvidos.

Tendo em consideração este crescente envelhecimento, cabe à sociedade a responsabilidade de criar espaços e equipamentos sociais, diversificados, seguros, e acessíveis aos mais velhos para que estes tenham participação ativa, cívica, em todos os níveis de decisão. Segundo Santos (2001), ao longo dos tempos o processo de envelhecimento tem sido considerado diferentemente por diversos povos, que em conformidade com seus valores culturais o percebem de forma positiva ou negativa.

### **1.2 Cuidar de Enfermagem e o idoso**

O cuidar é reconhecido como constituindo a essência da Enfermagem. De acordo com Roach, citado por Festas (1999, p.63), “(...) a enfermagem nasceu do Cuidar, organizou-se para Cuidar e profissionalizou-se através do Cuidar”. De acordo com Moniz (2003),



esta é a base da prática da Enfermagem, que estaria orientada para um modelo holístico, subjetivo, interativo, humanista e focado na experiência única de cada pessoa, considerando cada pessoa como um ser único, com as suas histórias e experiências de vida. É nesta perspetiva que Moniz (2003) considera que o cuidar se caracteriza pelo encontro e a disponibilidade para o outro, numa relação de proximidade e de ajuda, que se manifesta pela abertura, compreensão e confiança.

Assim, o cuidado humano é visto sob uma perspetiva pragmática, que compreende o cuidado de Enfermagem não só numa perspetiva isolada, mas de forma holística. O Cuidado de Enfermagem tem como principal objetivo, particularmente no caso do idoso, um ser mais vulnerável, assegurar o seu bem-estar. Este bem-estar é descrito em dois tempos: autocuidado e o cuidado de si, conceitos que não diferem apenas do ponto de vista semântico, mas também em termos paradigmáticos (Silva, 2009). Nesse sentido, o cuidado de si é uma atitude relacionada com o modo de encarar as coisas, de agir para consigo mesmo, o que encerra uma noção tanto ética como estética da existência. Nesta mesma perspetiva, o autocuidado está vinculado à saúde humana, embora esteja relacionado com o desejo de saber e de fazer, o que confere ao autocuidado uma dimensão ética, relacionada com o viver saudável. Para Orem (1991), o autocuidado é a realização de ações dirigidas pela pessoa a si, ou ao ambiente, com o objetivo de regular o próprio funcionamento de acordo com os seus interesses na vida, assegurando o seu funcionamento integrado e bem-estar. Assim, as ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Posto isto, torna-se efetivamente importante refletir sobre o cuidado de enfermagem: o que é; quem cuida e o que cuidamos. Neste contexto, é importante compreender também que o cuidado pode ter diversos significados, por vezes complexos e sem uma conceção definida. No entanto, este é inerente, e está inserido na humanidade desde o início da história do ser humano, tem acompanhado a sua evolução ao longo dos tempos, convive com as mais variadas formas de sociedade e é frequentemente alvo de discussão nos diferentes contextos coletivos. Desta forma, desde o início da história da Humanidade que o cuidar é imperativo no sentido de garantir a continuidade de vida e da espécie, sendo que durante muito tempo, ao longo da história, os cuidados não faziam parte de um único ofício e profissão (Collière, 1999). Por outro lado, cuidar dizia respeito a qualquer pessoa que ajudasse outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a vida, a vida de grupo e da espécie, sendo este o fundamento e objetivo de todos os cuidados (*ibidem*).

É impossível falar sobre cuidado, e cuidar, sem considerar também o corpo, enquanto mediador deste cuidado. Assim, o corpo humano é, segundo Ribeiro (1995) entendido enquanto uma máquina que, funcionando, assegura a nossa sobrevivência. No entanto, para tal implica que lhe seja prestado cuidado, com o objetivo de prolongar a sua vida com a qualidade que merece, no sentido de promover a saúde e evitar o sofrimento. Apesar destas recomendações de comportamentos promotores de saúde, adotamos continuamente estilos de vida que comprometem a qualidade de vida e o pleno funcionamento do corpo, não evitando no nosso quotidiano mesmo aquilo que sabemos que nos é prejudicial.

O cuidado prestado a pessoas forma então um todo coerente e indivisível, onde todas as dimensões se relacionam, e o que é importante para cada pessoa cuidada depende da sua perceção particular, das suas vivências, do sentido que faz na sua vida (Hesbeen, 2001). Deste modo, as expectativas face aos cuidados de Enfermagem variam de pessoa para pessoa, uma vez que são influenciadas por fatores sociais, educacionais, culturais e espirituais, que correspondem à identidade de cada um (Marques, 2000). Deste modo, ser enfermeiro é acima de tudo salvaguardar os direitos do doente, é promover e aumentar a sua autoestima, estabelecer uma relação empática, na qual ele se sinta acima de tudo amado e respeitado. É nesta relação de ajuda que a prestação de cuidados assenta, sendo extremamente importante e contribuindo para a auto-realização da pessoa cuidada” (Phaneuf, 2005).

Para que a relação de ajuda seja eficiente e eficaz, o enfermeiro deve dar atenção à pessoa na sua totalidade, atendendo às dimensões biológicas, cognitivas, emocionais, sociais e espirituais, pois quando uma destas dimensões é perturbada, a totalidade é afetada (Chalifour, 2008).

Conforme Virgínia Henderson, a função do enfermeiro é assistir a pessoa, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte serena), que executaria sem auxílio caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. Neste sentido os cuidados de Enfermagem têm como objetivo restaurar a autonomia da pessoa, no sentido de ser capaz de cuidar de si.

No entanto, o cuidado de Enfermagem na sociedade atual tem que ter também em consideração os contextos sociais e culturais. Madeleine Leininger desenvolveu na década de 60 do século XX, a Teoria Transcultural, definindo-a como “o estudo de crenças, valores e práticas de cuidados de enfermagem, tal como percebidas e conhecidas cognitivamente por uma determinada cultura, através de sua experiência

direta, crenças e sistema de valores” (p.284). Na perspetiva da autora, o planeamento do cuidado de enfermagem tem que ter em consideração o elo de ligação entre a vida passada da pessoa e a sua vida atual.

Para Leininger, a comunicação é uma qualidade indispensável para que a enfermeira preste o cuidado eficaz ao doente, para entender e fazer-se entender pelo doente/família. Essa comunicação assumirá características distintas quando dirigida a pessoas distintas, uma vez que cada pessoa ou grupo possui características e culturas particulares. No que concerne ao grupo dos idosos, a linguagem dos profissionais que deles cuidam tem que ser adaptada às suas necessidades e especificidades, pois apresentam frequentemente dificuldades e limitações na audição e na fala (Leopardi, 1999).

Assim, a transição da idade adulta para a velhice contém particularidades que o enfermeiro tem que conhecer, para estabelecer metas de cuidado adequadas. Esta transição desenvolvimental é frequentemente coexistente com outras transições, nomeadamente transições saúde-doença. O idoso convive com a finitude, o medo da morte, tensão, fadiga, deixando transparecer a espiritualidade (Roach 2003). Todos esses aspetos devem ser considerados no processo do cuidado de enfermagem, considerando que cada situação é vivenciada de forma diferenciada por cada pessoa.

Com o idoso, o cuidado vai frequentemente para além da dimensão biológica, material, e é capaz de transcender o tempo, o espaço e o corpo físico. É neste sentido que surge a Teoria do cuidado transpessoal de Watson (Florianópolis, 2008 Abrin-Jun; 17 (2):208-7), segundo a qual a enfermagem assume a promoção e restauração da saúde através do cuidado holístico para uma vida de qualidade, praticado de forma interpessoal, com enfoque humanístico no cuidado. Esta abordagem teórica dá ênfase à relação de cuidar, em que a enfermeira não se encontra só, necessitando do outro para que o cuidado aconteça. É a partir da relação transpessoal que a enfermeira e o cliente se tornam apenas um, e o cuidado é concretizado quando os dois seres estão sintonizados de corpo e alma na relação (Schossler e Crossetti, 2008)

O cuidar é entendido como uma relação que envolve uma elevada consideração pela pessoa e pelo seu estar-no-mundo. Ora, se o cuidado de enfermagem é entendido como um processo que ocorre por meio de ações, interações, atitudes e gestos desenvolvidos para manutenção da vida humana, torna-se relevante considerar a conceção de cuidado de Watson. Esta é condição necessária para conhecer o modo como o cuidado é realizado, os objetivos das ações desenvolvidas, o significado do cuidado para a vida humana e ajudar os enfermeiros a basear as suas ações nos conceitos e bases teóricas.

### 1.3 O Enfermeiro Especialista e o cuidado ao doente idoso

Como referido, a Enfermagem, visa, na sua prática profissional, um cuidar de excelência, num processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Em Portugal a Ordem dos Enfermeiros definiu um conjunto de regulamentos que visam orientar os profissionais e dar a conhecer à sociedade o que pode esperar dos enfermeiros.

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela OE (2001) considera-se que o exercício da profissão se centra na relação interpessoal desenvolvida entre o enfermeiro e uma pessoa ou um grupo, em que ambos possuem quadros de valores, crenças e desejos, fruto das condições e dos contextos de vida. Acrescenta-se ainda que a relação terapêutica se caracteriza pela parceria, o respeito pelas capacidades do utente e a valorização do seu papel. Respeitando os valores, aspirações e cultura das pessoas, os cuidados de enfermagem têm como foco a promoção dos seus projetos de saúde, considerando os níveis de prevenção (OE, 2001).

Assim, o exercício profissional dos enfermeiros ancora-se em princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e o código deontológico que enformam a boa prática de enfermagem, tratando-se por isso de um cuidado culturalmente sensível (OE, 2001). Neste sentido de respeito pela diversidade e individualidade de cada um, a definição de bons cuidados assumirá contornos distintos para diferentes pessoas.

Também na perspetiva da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (2001) definiu enunciados descritivos, relativos à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem.

No caso particular do doente idoso, no que concerne à “satisfação do cliente”, esta dá ênfase ao empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o possível impacto negativo provocado pelas mudanças de ambiente, forçadas muitas vezes pela necessidade de hospitalização. Quanto à “promoção da saúde”, pretende-se que o idoso, mediante as suas capacidades, possa alcançar o seu máximo potencial de saúde. No que se refere à “prevenção de complicações”, o enfermeiro procura a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do idoso; prescreve, implementa e avalia intervenções no âmbito das suas competências, que contribuam para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis. Relativamente ao “bem-estar e o autocuidado”, pretende-se a

identificação, intervenção e avaliação, tão rápida quanto possível, dos problemas do idoso, de forma a contribuir para aumentar o seu bem-estar e complementar atividades da vida relativamente às quais o cliente é dependente. Para tudo isto é essencial que os cuidados de enfermagem sejam organizados no sentido de procurar a excelência no exercício da profissão, sendo que o enfermeiro deve contribuir para que essa organização seja conseguida com o máximo de eficácia possível (OE, 2012).

No contexto destes cuidados, considera-se que a pessoa idosa é um ser social, com um conjunto de valores, crenças e desejos, de natureza própria, que a tornam única; devem ser respeitados os seus direitos, dignidade e autodeterminação. De igual forma, não podem ser descurados os processos não intencionais, como as funções fisiológicas que são influenciadas também pela sua condição psicológica, tendo aqui um papel relevante também o seu bem-estar e conforto físico.

Relativamente aos cuidados prestados especificamente por um Enfermeiro Especialista em Médico-cirúrgica, estes são prestados à pessoa em situação crítica, e “são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, com resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas da vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.” (REGULAMENTO nº124/2011; p.8656)

Sendo assim compete aos Enfermeiros Especialistas, a prevenção e a deteção precoce das complicações, e assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. É também função do especialista a monitorização e avaliação da pessoa que se encontra a vivenciar processos complexos de doenças ou falência orgânica, o cuidado a essa pessoa, bem como, face à complexidade da situação, a maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção. O Enfermeiro Especialista é também um elemento da equipa de saúde multidisciplinar que mantém uma relação muito próxima e íntima com o doente e com a família, uma vez que, presta cuidados diretos ao doente e permanece mais tempo nas unidades de saúde, tanto com o doente como com a sua família. Assim, geralmente é o Enfermeiro que conhece melhor o doente, enquanto pessoa, e todo o seu contexto familiar, o que leva a que tenha maior possibilidade de perceber as suas necessidades específicas e saber qual a forma de lhes dar a resposta mais adequada. Cabe-lhe, pois, também um papel decisivo no apoio e acompanhamento a dar ao doente e aos familiares durante todo o processo de morte, pelo que se torna fundamental que seja capaz de demonstrar a sua disponibilidade para ajudar.

Na medida em que as quebras cutâneas são lesões que se não intervencionadas precocemente ou atempadamente, podem evoluir para infeção, dor ou mesmo mortalidade, cabe a todos os enfermeiros, em particular ao Enfermeiro Especialista em Médico-cirúrgica dadas as suas competências acrescidas, intervir ao nível da prevenção.

Frequentemente o doente idoso apresenta co morbididades e necessidades que implicam cuidados mais diferenciados. O enfermeiro especialista tem a capacidade de mobilizar conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística à complexidade das situações de saúde da pessoa que se encontra em situação de doença crítica e/ou falência orgânica, bem como à sua família (OE, 2012).

Neste sentido, a intervenção visa a antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, otimizando as respostas, através da identificação das evidências de mal-estar, e a gestão do estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz.

Face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados, os doentes idosos encontram-se frequentemente em risco de infeção, sobretudo em meio hospitalar, sendo responsabilidade do enfermeiro especialista responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção (OE, 2012).

## **CAPÍTULO II - QUEBRAS CUTÂNEAS - UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM**

O Envelhecimento envolve alterações estruturais e funcionais da pele, que resultam numa maior vulnerabilidade.

Apesar dos avanços científicos, e de a comunidade científica advogar que tanto as úlceras de pressão (UP) como as quebras cutâneas são evitáveis, as elevadas taxas de incidência e prevalência, mesmo em países desenvolvidos, demonstram que existem dificuldades sérias neste campo. Assim, parece existir uma lacuna entre o conhecimento científico e a sua aplicação clínica. A literatura mostra que esta lesão por ficção significa um grave problema de saúde a nível nacional e internacional, não pelos custos que envolve, relativos a recursos humanos e materiais, mas principalmente por provocar dor e sofrimento aos doentes e suas famílias. Contudo, de acordo com Andrade (2010) a prevenção destas lesões é muitas vezes desvalorizada pelos profissionais de saúde.

Cuidar dos doentes idosos com fragilidade cutânea é um desafio, na nossa perspetiva, quando um pequeno traumatismo pode resultar em lesão cutânea por fricção (Groom, Sephen-Haynes e Leblank, 2010). O processo de envelhecimento tem associado um conjunto de alterações fisiológicas e maior vulnerabilidade, que têm repercussões na saúde. Há uma diminuição da capacidade de cicatrização, um aumento dos riscos de demência, de diabetes mellitus e doenças vasculares, que podem funcionar com determinantes de lesões cutâneas, com implicações no risco de infeção, aumento do tempo de internamento, ou até mesmo a mortalidade.

Ao longo deste capítulo será abordada a temática das quebras cutâneas enquanto um desafio para a qualidade dos cuidados de Enfermagem. É abordada a pele, o conceito de quebra cutânea, a sua classificação, prevalência e incidência, bem como as principais causas e fatores associados ao seu desenvolvimento, à sua prevenção e, por fim, medidas de tratamento.

### **2.1 A pele**

A pele é um órgão que, não só cobre todo o nosso corpo e lhe dá forma, como também é o nosso cartão-de-visita, uma vez que proporciona sensibilidade e sensações. Seguramente que a pele é o órgão mais visível do corpo, que no ser humano funciona como um órgão vital, tão indispensável à sobrevivência quanto o coração e o cérebro, na medida em que alterações cutâneas, ainda que não apresentem sintomatologia sistémica, podem provocar lesões a nível da imagem corporal, constituindo esta uma preocupação acrescida.



Assim, Weaver (2003) e Rubin [et al] (2006) definem pele como sendo um órgão de proteção, regulador de temperatura, protetor dos raios ultravioletas (UV) e regulador de perda de água, detendo um papel crucial em relação ao sistema imunitário, uma vez que tem um papel importante na ativação da imunidade através dos tecidos linfóides associados à pele, sendo também importante no processo de inflamação. Os autores referem ainda que, para além de todas estas funções, a pele é importante na síntese da vitamina D, que ocorre pelo efeito da luz solar, na respiração, na eliminação de produtos, permitindo ainda sentir estímulos importantíssimos, como a pressão, a dor e as diferenças de temperatura.

Walters (2002) acrescenta ainda que a pele é um órgão sensorial importante e que se encontra em estado contínuo de regeneração e de reparação. Para cumprir essas funções, a pele deve ser resistente, robusta e flexível, com uma comunicação eficaz entre cada um dos seus componentes.

No que diz respeito à estrutura da pele, constituindo esta a primeira linha de defesa do organismo, é constituída por 3 camadas: a epiderme, a derme e o tecido subcutâneo. A epiderme é uma camada de tecido epitelial que se sustenta na derme, constituída pelo epitélio estratificado, que está por sua vez dividido em cinco camadas; camada basal, espinhosa, granulosa, translúcida e a córnea. A derme é uma camada de tecido conjuntivo que está ligada à hipoderme, responsável essencialmente pela resistência da estrutura da pele, constituída por duas camadas: a camada reticular, uma camada constituída por tecido denso que consiste no colagénio, e a camada papilar (papilas), que é constituída por tecido laxo e muito irrigado por capilares. A terceira e última camada da pele refere-se ao tecido subcutâneo, localizado sob a derme: a hipoderme. É um tecido laxo, que contém células de elastina e colagénio, essencialmente constituído por células gordas, responsável pelo controlo de calor, de perda de calor, sendo também um bom armazenador de energias (Seeley, Stephens e Tate, 2003).

Relativamente às funções exercidas pela pele, para além das importantes funções já referidas, a pele constitui essencialmente uma fronteira entre o corpo e o exterior do corpo, permitindo a sua interação.

Salienta-se a capacidade da pele de renovação contínua, diariamente, sendo que com o avançar da idade vai perdendo elasticidade e vai-se tornando mais seca, aumentando também a probabilidade de perfuração da mesma com cortes ou queimaduras, ou mesmo doenças que podem levar à morte.

Assim, as alterações visíveis na pele dos idosos são essencialmente provenientes do próprio processo de envelhecimento cutâneo, e consequências da constituição genética,

fatores ambientais, do envelhecimento de outros órgãos, ou ainda efeitos de doenças da própria pele ou sistêmicas. Tal como refere Morey (2007) e Xiaoti Xu, [et al] (2009), as principais modificações que se podem observar na pele, à medida que a pessoa envelhece, resultam principalmente da perda de tecido subcutâneo, da degeneração de colagénio e das fibras elásticas, perda de melanócitos, aumento da fragilidade capilar, diminuição da secreção das glândulas sudoríparas, modificações hormonais e excessiva exposição aos elementos ambientais.

Distinguem-se, no entanto, dois fenómenos de envelhecimento da pele: o envelhecimento cutâneo e o fotoenvelhecimento. Desta forma, o envelhecimento cutâneo pode ser do tipo intrínseco, no qual a pele se apresenta envelhecida de forma natural, pálida e com perda de elasticidade, ou do tipo extrínseco, através do fotoenvelhecimento, apresentando-se a pele áspera e discretamente despigmentada (Chung et al., 2001).

Todos estes processos de alterações cutâneas se constituem com um risco acrescido para lesões.

### **2.2 Quebras cutâneas**

Como referido anteriormente, a pele é um órgão que sofre diversas transformações à medida que a idade cronológica aumenta. Ocorrem alterações quantitativas e qualitativas de componentes estruturais e de imunidade celular, sendo que este órgão cutâneo possui a capacidade de refletir o estado físico e emocional do indivíduo. Assim, a manutenção da integridade da pele é de extrema importância para que o organismo se possa proteger das diversas alterações ou mudanças às quais o indivíduo esteja exposto (Duarte e Nettina, 2000; Rodriguez et al., 1996).

Neste sentido, as quebras cutâneas são definidas como o resultado de cisalhamento, fricção ou trauma, provocando a separação das camadas da pele. Consequentemente, as feridas são parciais ou totais, dependendo da espessura e do grau do dano tecidual. Segundo Leblanc [et. al.], (2011, 2013), as quebras cutâneas ocorrem mais frequentemente em idades avançadas, doentes críticos ou clinicamente comprometidos e em indivíduos que necessitam de cuidados especiais por cuidadores. Também Carville [et. al.] (2007) e Mota [et. al.], (2011) afirmam que as quebras cutâneas são uma ocorrência comum na população mais idosa.

Segundo Carville [et. al.] (2007) as quebras cutâneas são feridas comuns que ocorrem com mais frequência do que as úlceras por pressão. No entanto, de acordo com LeBlank e Baranoski, (2011); Morey, (2007); Ousey, (2009); Payne e Martin, (1993), enquanto as

úlceras por pressão surgem predominantemente nas proeminências ósseas, as quebras cutâneas surgem nas extremidades. Na Austrália Ocidental, num estudo anual realizado nos hospitais públicos determinou que as quebras cutâneas eram o terceiro grupo de feridas mais comuns.

Payne e Martin (1993) foram os pioneiros no estudo do conceito de quebras cutâneas, bem como na criação e implementação de um sistema de classificação deste tipo de lesões, baseado no grau de perda do retalho de pele. Este sistema conta com três categorias, permitindo assim uma avaliação cuidadosa do estágio da lesão e respetivo tratamento. Este trabalho foi, a partir de então, alvo de revisões, e contribuiu para que muitos outros trabalhos científicos nesta área fossem desenvolvidos (Carville [et. al.], 2007, Leblank e Baranoski, 2011).

Embora a causa primária das quebras cutâneas seja o trauma mecânico na forma de fricção e torção/cisalhamento, as causas mais comuns incluem os movimentos do utente ou cuidador associados às ajudas técnicas, equipamentos médicos, mobiliário ou fatores ambientais. O mecanismo de lesão frequentemente é desconhecido, mas sabe-se que idosos dependentes e predispostos a quedas, transferências e à ajuda nas atividades de vida diária são, seguramente, os mais afetados. LeBlank e Baranoski (2011) referem um estudo de White [et al.] de 1994 em que o autor afirma que as horas de maior ocorrência das quebras cutâneas são das 6:00 horas às 11:00 horas e das 15:00 horas às 21:00 horas, picos das horas de maior atividade nos idosos.

Também, parecem apresentar maior risco de desenvolver quebras cutâneas, idosos que já tenham apresentado quebras cutâneas anteriormente, apresentem diminuição das funções cognitiva e motora, manifestem problemas vasculares e pulmonares, apresentem um mau estado nutricional e de hidratação, se encontrem medicados com anti-inflamatórios, anticoagulantes e sob uso prolongado de corticosteroides, manifestem redução da acuidade visual e que apresentem espasticidade e/ou estados de agitação (LeBlank e Baranoski, 2011; Morey, (2007; Ousey, 2009; Xiaoti Xu et al., 2009).

Segundo LeBlank e Baranoski (2011) e Morey (2007), as quebras cutâneas são igualmente comuns em populações que apresentem lesões visíveis da pele, que incluem equimoses ou hematomas, púrpura senil, edema, pele seca, descamativa e desidratada.

### 2.3 Classificação das quebras cutâneas

Sendo as quebras cutâneas uma problemática em crescimento, e com impacto negativo, na vida diária dos idosos, torna-se importante a promoção da cura e o minimizar dos danos causados. Neste sentido, diversos autores defendem o uso de um instrumento específico para classificar estas lesões (LeBlank e Baranoski, 2011; 2013).

Apesar de os anos de 1993 e 2007 terem sido bastantes frutíferos no que diz respeito ao estudo do conceito, investigação formal e criação de protocolos clínicos para a classificação das quebras cutâneas, em 2011 uma pesquisa internacional subsidiou a escrita de um documento formal que expressa o consenso entre peritos de diversos países no que toca ao seu diagnóstico e tratamento, denominado de STAR (Skin Tear Classification System).

Este instrumento torna-se ainda mais importante para a categorização das quebras cutâneas, e posterior intervenção, considerando que, como já foi referido, a população se encontra cada vez mais envelhecida, sendo o grupo dos idosos mais vulnerável à manifestação destas feridas. Assim, Dunkin e colaboradores, citados por Beldon (2008) sugeriram em 2003 um sistema de classificação para lacerações pré-tibiais, classificando-as em quatro níveis. Este sistema, apesar de baseado em lesões pré-tibiais pode, de acordo com alguns autores, ser aplicado em todos os tipos de feridas (Mota et al., 2011).

Mais tarde, Beldon (2008) apresentou um outro sistema de classificação, o Classification of pretibial injuries, adaptado de Payne e Martin (1993) e de Dunkin et al., (2003), incluindo sete categorias de quebras cutâneas. No entanto, na opinião de alguns autores (e.g., Battersby, 2009), este parece implicar um processo mais extenso e talvez mais complicado para a prática clínica.

Desta forma, o trabalho desenvolvido por Payne e Martin, que resultou na primeira ferramenta de Classificação de quebras cutâneas em 1990, atualizada em 1993, parece ser o único sistema de classificação para quebras cutâneas reportado na literatura até 2007 (Carville et al., 2007; LeBlanc e Baranoski, 2009).

Assim, a escala STAR Skin Tear Classification System (Payne e Martin, 1993) é considerada o sistema de classificação mais utilizado, sendo baseado no grau de perda do retalho da pele, contando com três categorias de lesões por fricção (Pulido e Santos, 2010, cit in Mota et al, 2011). Foi desenvolvida com o objetivo de instituir uma linguagem universal para a descrição das quebras cutâneas, STAR:

S - Selecionar produto adequado para limpar a lesão cutânea;

T - Alinhamento do tecido;

A - Avaliar o tecido;

R- Rever e reavaliar.

Desta forma, o *Skin Tear Classification System* (STAR) é um instrumento de diagnóstico e tratamento de quebras cutâneas, publicado posteriormente em 2007 e revisto em 2010, pela Silver Chain Nursing Association and School of Nursing and Midwifery, Curtin University of Technology, na Austrália.

A segunda parte, o sistema de classificação propriamente dito, está organizado na descrição das cinco categorias das quebras cutâneas (1a, 1b, 2a, 2b e 3), apresentadas por Ribeiro (2013).

- Categoria 1: – Lesão por fricção cujo retalho de pele pode ser realinhado na posição anatômica normal (sem tensão excessiva), sendo que a coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida, opaca ou escurecida.
- Categoria 1 b: Lesão por fricção cujo retalho de pele pode ser realinhado na posição anatômica normal (sem tensão excessiva), sendo que a coloração da pele ou do retalho se apresenta pálida, opaca ou escurecida.
- Categoria 2a – Lesão por fricção cujo retalho de pele não pode ser realinhado na posição anatômica normal (sem tensão excessiva), sendo que a coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida, opaca ou escurecida.
- Categoria 2b – Lesão por fricção cujo retalho de pele não pode ser realinhado na posição anatômica normal (sem tensão excessiva), sendo que a coloração da pele ou do retalho se apresenta pálida, opaca ou escurecida.
- Categoria 3 – Lesão por fricção cujo retalho de pele esta completamente ausente.

A Escala STAR torna-se assim um importante instrumento para classificar e analisar as quebras cutâneas.

### **2.4 - Prevalência e Incidência das Quebras Cutâneas**

LeBlanc e Baranoski (2011) realizaram um estudo de âmbito internacional que visava explorar as práticas na avaliação, previsão e tratamento das quebras cutâneas, envolvendo 1127 profissionais de saúde, de 16 países. Mais de metade (69,6%) dos entrevistados relatou problemas com a avaliação e documentação da lesão por quebras cutâneas, no contexto da prática clínica. Assim, a grande maioria (89,5%) era a favor de um método simplificado para documentar e avaliar as quebras cutâneas. Por outro lado,

80,9% dos entrevistados admitiu não usar qualquer ferramenta ou sistema de classificação para avaliar e documentar as quebras cutâneas.

A necessidade de um sistema de classificação torna-se ainda mais importante considerando a prevalência e incidência de quebras cutâneas. Internacionalmente, as primeiras pesquisas apontam no sentido da ocorrência de 1,5 milhões de quebras cutâneas a cada ano, em adultos institucionalizados nos E.U.A. Numa instituição de saúde na Austrália, a taxa de prevalência das quebras cutâneas foi de 41,5% (LeBlank e Baranoski, 2011).

As quebras cutâneas são também frequentemente reportadas na literatura como mais prevalentes na população feminina do que na população masculina. Morey (2007) refere um rácio de 4:1 para 10:1, referindo que esta diferença se pode dever ao facto de a população feminina viver mais tempo, sendo que a maioria da população institucionalizada ser maioritariamente feminino. O mesmo autor sustenta ainda que diversos estudos apontam para a idade superior a 80 anos como constituindo um fator de risco para a ocorrência deste tipo de feridas, sendo que a média de idade para o aparecimento destas lesões seria 85 anos.

Assim, a incidência das quebras cutâneas aumenta significativamente com o envelhecimento; no entanto, LeBlank e Baranoski (2011) ressaltam que pacientes que se encontrem criticamente doentes ou em fase final de vida também se podem encontrar mais vulneráveis para o seu aparecimento.

Procurando também averiguar a incidência das quebras cutâneas, Payne e Martin (1990) conduziram um estudo em 896 doentes de instituições, verificando que durante 5 meses 20 idosos foram diagnosticados com quebras cutâneas, o que representa uma incidência de 2,23%. Os autores constataram que estes idosos ainda sofreram 50 quebras cutâneas, o que representa uma média de 2,5 lesões por idoso.

Mais recentemente, LeBlank e Baranoski (2011) relatam, numa análise a 114 instituições nos EUA, uma prevalência de 22% de quebras cutâneas em idosos, com média de idades de 83 anos.

Outros estudos apontam para uma taxa de prevalência de 14% a 24% e uma incidência de 1 a 3 quebras cutâneas por idoso por ano (Mota et al., 2011, Pulido e Santos 2010).

Em meio hospitalar, a prevalência de quebra cutâneas revelou variar entre 3,3% e 22%, sendo que os menores índices (3,3%, 3,9% e 8%) foram identificados, respetivamente, em estudos desenvolvidos no Brasil, no Japão e na Austrália (Strazzieri-Pullido, 2015)

Por outro lado, os maiores índices foram identificados em estudos realizados na Austrália, nos Estados Unidos da América e no Canadá (11%, 17% e 22%). Estes índices dizem respeito, no caso do estudo australiano, à prevalência de quebras cutâneas em pacientes adultos internados em instituições de idosos, como lares; no caso do estudo americano, este documentou a prevalência de úlceras por pressão e outros tipos de feridas, incluindo as quebras cutâneas, em crianças hospitalizadas; por fim, o estudo canadiano focou-se em internos de uma instituição de longa duração (Strazzieri-Pullido, 2015).

No contexto do domicílio, Carville e Smith (2004) referem que todos os estudos foram realizados na Austrália Ocidental e a prevalência de quebras cutâneas variou entre 5,5% e 19,5%. O menor índice (5,5%) foi identificado num estudo que analisou as quebras cutâneas em doentes, em atendimento domiciliário, sendo que nesse estudo os autores optaram por excluir as quebras cutâneas de membros inferiores. Num estudo posterior, realizado com doentes do *Department of Veterans' Affairs*, também em atendimento domiciliário para o tratamento de feridas, as autoras encontraram uma prevalência expressivamente maior (19,5%). Ao optarem pela não exclusão das quebras cutâneas de membros inferiores, verificaram um acréscimo em termos de feridas.

De referir ainda que as topografias corporais mais atingidas pelas quebras cutâneas parecem ser o dorso das mãos, os braços, os cotovelos e as pernas. A produção de exsudato seroso, especialmente nas primeiras 24 horas, torna as quebras cutâneas maioritariamente húmidas (LeBlanc e Baranoski, 2009).

Constatou-se pela heterogeneidade de resultados, decorrentes das áreas geográficas dos doentes em estudo, do contexto de cuidados e da metodologia adotada para avaliação.

### **2.5 Causas e fatores de risco para desenvolvimento das quebras cutâneas**

O desenvolvimento de quebras cutâneas é influenciado por fatores relacionados com os indivíduos e relacionados com o contexto. Assim, Payne (1990), Selden (2002) e O'Regan [et al] (2002), referem a existência de fatores intrínsecos e extrínsecos que contribuem para a ocorrência de quebras cutâneas.

Clothier (2014), apresenta no quadro seguinte alguns dos fatores intrínsecos para desenvolvimento das Quebras Cutâneas (Quadro 1):

**Quadro 1 – Fatores de risco para Quebras Cutâneas**

<b>Fatores Intrínsecos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Idade &gt; 75 anos;</li><li>• Sexo (mais comum em mulheres);</li><li>• História de Quebras Cutâneas Prévias;</li><li>• Pele desidratada;</li><li>• Mobilidade reduzida;</li><li>• Necessidades nas AVD's;</li><li>• Problemas sensoriais ou cognitivos (DM, demência);</li><li>• Problemas visuais;</li><li>• Má nutrição e hidratação;</li><li>• Medicação que torna mais suscetível as Quebras cutâneas, como os esteroides.</li></ul>

Relativamente aos fatores intrínsecos relacionados com as quebras cutâneas, salienta-se a idade, um fator de risco intrínseco importante para desenvolvimento das quebras cutâneas (Carville e Smith, 2004; Santamaria, Carville e Prentice, 2009), na medida em que as alterações fisiológicas relacionadas com o envelhecimento tornam este grupo etário mais vulnerável ao desenvolvimento das quebras cutâneas do que outros grupos (Strazzieri – Pullido, Peres, Campanilli e Santos, 2015), devido à fragilização da pele e à suscetibilidade a traumas. De facto, no idoso há uma perda da elasticidade da pele, da espessura das suas camadas (derme, epiderme e subcutâneo), bem como uma diminuição da concentração da humidade. Segundo, LeBlank e Baranoski (2011), relativamente aos fatores associados às quebras cutâneas, a idade avançada foi apontada em três estudos analisados e a fragilidade do idoso foi evidenciada enquanto fator de risco noutro estudo.

Por outro lado, salientam-se também as alterações do estado nutricional evidentes no idoso, uma vez que no processo de envelhecimento existe uma diminuição da absorção e metabolismo de nutrientes, por consequência das alterações ao nível do sistema gastrointestinal e fígado, bem como da diminuição de leucócitos, produção celular e diminuição da eficiência da fagocitose. Estas alterações contribuem para um atraso no sucesso do tratamento das quebras cutâneas e, consequentemente, para um aumento



da infeção. Também, normalmente os idosos apresentam um baixo nível de proteínas, uma reduzida quantidade de água do corpo, um aumento da gordura corporal, observando-se a sua redistribuição e uma perda de densidade óssea, o que implica um risco acrescido para desenvolvimento para as quebras cutâneas.

As características da pele do idoso nomeadamente a pele seca ou história de lesões cutâneas anteriores (quebras cutâneas ou UP), são determinantes para o desenvolvimento de quebras cutâneas (Clothier, 2014).

Um outro fator de risco para o desenvolvimento de quebras cutâneas é a dependência nas AVD's. Neste sentido, estudos têm mostrado que doentes com maior dependência nas AVD's se encontram em maior risco de desenvolver quebras cutâneas (Clothier, 2014). De facto um estudo realizado por Amaral, Pulido e Santos (2012) verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre doentes com e sem quebras cutâneas em relação à escala de Braden, sendo que doentes com quebras cutâneas tinham pontuações mais baixas nesta escala, revelando mais dependência. Assim, idosos que necessitam de mais ajuda nos autocuidados, transferências ou cuidados parciais, devido aos défices desenvolvidos, têm mais suscetibilidade para desenvolvimento das quebras cutâneas.

Outros estudos têm apontado determinadas características da pele como estando também relacionadas com a ocorrência de quebras cutâneas. Assim, Payne e Martin (1990) realizaram o seu estudo que analisou a associação entre estas variáveis e as Quebras Cutâneas, sendo que os autores verificaram que as equimoses e a púrpura eram fatores de risco para o seu desenvolvimento. No que diz respeito ao idoso, Clothier (2014) salienta também que as características da pele do idoso, nomeadamente a pele seca ou história de lesões cutâneas anteriores (quebras cutâneas ou UP), são também fatores determinantes para o desenvolvimento de quebras cutâneas.

O uso de adesivos tem sido também sugerido por alguns autores como podendo estar associado com o desenvolvimento de quebras cutâneas. McNichol [et al.] (2013) refere neste sentido que as quebras cutâneas provocadas por remoção de adesivos, utilizados para a fixação de dispositivos médicos, são muito frequentes. Assim, a remoção de adesivos em locais com tensão, tais como pele com dermatite, pele irritada, macerada ou pele com sinais de alergia, que constituem zonas propícias ao desenvolvimento de quebras cutâneas, necessita de especial atenção.

Por fim, de referir ainda a utilização prolongada de fármacos, como os AINE's, anticoagulantes, corticoides e antineoplásicos, que atrasam a cicatrização das quebras cutâneas e poderão por isso constituir também fatores de risco no seu desenvolvimento.

Este processo ocorre pela inibição epidérmica e regeneração do colagénio, que aumentam o risco de equimoses, diminuem a resistência à tração da lesão aos tecidos, havendo uma diminuição da mobilidade e alteração das AVD's. De facto, alguns autores têm salientado que o uso de agentes anticoagulantes pode causar alterações dermatológicas, tais como a púrpura senil e equimoses, podendo por isso estar relacionados com a ocorrência de quebras cutâneas (Le Blanc e Baranoski 2011; Payne e Martin 1993).

Mota [et. al.] (2011) salienta ainda que as causas mais comuns das quebras cutâneas estão associadas ao trauma mecânico incluindo os movimentos da pessoa ou cuidador, associados aos produtos de apoio, equipamentos médicos, mobiliário ou fatores ambientais. Assim, os mais frequentes são a ocorrência de traumatismos, como por exemplo ao bater nas grades da cama, cadeira de rodas, mobiliário ou outros equipamentos; transferência da cama ou cadeira; quedas; traumatismos ocorridos durante os cuidados de higiene, ao vestir e despir a roupa; e imobilizações (membros superiores e inferiores).

Em síntese, as quebras cutâneas nos idosos decorrem de características intrínsecas e extrínsecas, relacionadas com o normal processo de envelhecimento, com a dependência e com os processos de tratamento, podendo, no entanto, ser prevenidas.

### **2.6 Prevenção de quebras cutâneas**

As medidas preventivas e formação dos prestadores de cuidados ajudam a reduzir as quebras cutâneas.

Para Stephen-Haynes e Carville (2011), os custos direta e indiretamente associados à cura das quebras cutâneas podem ser avultados, pelo que a sua prevenção e tratamento são essenciais, passando pela observação cuidadosa da pele.

Assim vários autores defendem que o plano de cuidados ao doente com quebras cutâneas precisa ser elaborado de forma partilhada, para que os enfermeiros, a restante equipa de saúde, a família e/ou o prestador de cuidados e os próprios doentes participem e contribuam para a definição da melhor estratégia, com vista a mais ganhos em termos de saúde (LeBlanc e Baranoski, 2011; Baranoski, Holmes, 2013; Holloway e Langemo, 2013).

Dos cuidados preventivos sugeridos por alguns autores, os mais prementes são:

- Cumprir os princípios de transferências e mobilizações dos doentes, minimizando as forças de fricção e torção (Clothier, 2014);

- Consultar um Nutricionista, no sentido de obter aconselhamento em relação à manutenção de níveis nutricionais e níveis de hidratação adequados (Clothier, 2014);
- Encorajar os doentes a usar roupa mais “protetora”, tais como o uso de mangas compridas e calças, para proteger áreas do corpo mais vulneráveis (LeBlanc, Baranoski, Holloway e Langemo, 2013);
- Lavar a pele com água morna e sabão com pH ácido (LeBlanc e Baranoski, 2011);
- Evitar a fricção como modo de secagem da pele;
- Não massajar a pele com risco de quebra cutânea;
- Utilizar emolientes hipoalergénicos para lubrificação da pele, pelo menos 2 vezes por dia. Aplicar depois do banho com o corpo ainda húmido, mas não molhado (LeBlanc e Baranoski, 2011);
- Manter as unhas cortadas (Mota [et. al.], 2011);
- Promover um ambiente seguro e remover possíveis causas de trauma;
- Acolchoar equipamentos que possam causar trauma (Mota [et. al.], 2011);
- Evitar produtos adesivos e, no caso de utilizar pensos secundários, dar preferência a não aderentes ou com silicone (LeBlanc e Baranoski, 2011).

No sentido de evitar lesões de pele, o uso de adesivos deve ser limitado e discriminado e, em caso da sua utilização, a sua retirada deve ser feita de maneira cuidadosa, usando gaze humedecida em solução salina ou óleo mineral, de forma a possibilitar a remoção atraumática (Rolim et al., 2009; Martins, Tapia, 2009; Awhonn, 2013).

O uso de protetores de pele à base de hidrocolóide, poliuretano, silicone, entre outros, pode ser uma alternativa, tanto para proteger a pele de pressões provocadas pelo uso de dispositivos, como para prevenir lesões por remoção de adesivos. Estes reduzem o trauma e devem ser colocados entre a pele, o dispositivo e o adesivo, proporcionando uma barreira protetora cutânea (Awhonn, 2013; Martins, Tapia, 2009; Rolim et al., 2009).

No que se refere à punção para administração de fluídos ou medicamentos, há complicações que estão relacionadas com a formação de hematomas, infeção da corrente sanguínea relacionada ao cateter, trombose, flebite, infiltração, extravasamento e hemorragia (Mccallum, Higgins, 2012; 2013), e que poderão ser prevenidas.

Ainda que as medidas de prevenção sejam as mais eficazes e que envolvem menos custos para os doentes, famílias e sociedade, nem sempre é possível evitar a ocorrência das quebras cutâneas, sendo que nesses casos é necessário adotar medidas que visam o tratamento o mais imediato possível

## 2.7 Tratamento das quebras cutâneas

Relativamente ao tratamento das quebras cutâneas, as orientações direcionam para a intervenção, devendo ter-se em consideração o grau da ferida.

De uma forma geral, a literatura refere um conjunto de passos sequenciais:

- 1º passo – antes de iniciar qualquer tratamento, avaliar a ferida, retalho de pele e determinar o tipo ou categoria das quebras cutâneas, usando um sistema de classificação validado. Nesta fase de avaliação é recomendada uma avaliação extensiva da quebra cutânea, incluindo: processos de doença subjacente (DM, DVP);
  - causa do ferimento;
  - tempo do ferimento;
  - ferimento da pele prévios;
  - estado da pele circundante;
  - estado Nutricional;
  - medicação;
  - localização da quebra cutânea; e
  - tamanho e Categoria da quebra cutânea (All Wales Tissue Viability Nurse Forum, 2011).
- 2º passo – Limpar a ferida, por meio de irrigação a baixa pressão com solução fisiológica morna e secagem ao ar ambiente ou com compressa estéril;
- 3º passo – Promover a humidade na cicatrização das feridas, uma vez que a humidade na cicatrização das feridas é considerada como parte integrante de qualquer tratamento;
- 4º passo – Seleção do produto para o tratamento das lesões. As recomendações incluem: manter humidade constante, proteger a pele circundante, controlar o exsudado, controlar a infeção, e otimizar o tempo do cuidador. (LeBlanc e Baranoski, 2011, Holmes [et. al.], 2013, Baranoski, Holloway e Langemo, 2013):

O método de tratamento deve ser o mais conservador possível, dando mais relevâncias às fitas adesivas (steristrips), em detrimento de suturas e agrafos.

Em síntese, as quebras cutâneas são situações frequentemente associadas aos cuidados de saúde, com custos para o doente, para as instituições e para a sociedade, podendo ocorrer em qualquer idade. No entanto, são mais frequentes em idosos, com co

morbilidades, estados de dependência e que estão a passar por um tratamento com medicamentos com interferência na coagulação.

As medidas mais eficazes são as preventivas; no entanto, nem sempre os profissionais têm a melhor informação sobre as melhores práticas, e parecem existir poucos estudos em Portugal sobre esta problemática.



## **CAPÍTULO III - OPÇÕES METODOLÓGICAS**

A metodologia abrange um conjunto de técnicas e métodos que orientam a elaboração de um trabalho de investigação (Fortin, 2009). Assim, a metodologia é constituída pela descrição do tipo de estudo, a definição de objetivos, formulação das questões de investigação, identificação da população e amostra, descrição do instrumento utilizado na colheita de dados, procedimentos formais e éticos e tratamento estatístico.

Desta forma, face à temática e aos objetivos preconizados para este estudo, optamos por um estudo de enfoque quantitativo, do tipo descritivo-correlacional, o qual abordamos seguidamente de forma mais aprofundada.

Como referido anteriormente, as quebras cutâneas no doente idoso constituem uma preocupação para Enfermagem; no entanto, em Portugal não foram encontrados estudos que fundamentem nem relatem este desafio, sendo que o presente estudo pretende contribuir para preencher essa lacuna.

Segundo Kerlinger (1973), a investigação tem como objetivo a aquisição de novos conhecimentos numa determinada área, bem como para a melhoria das práticas e, no caso dos cuidados de saúde, para que estes possam ser otimizados de acordo com os novos conhecimentos.

Neste contexto, no processo de investigação, a escolha do tema é um dos passos mais importantes, uma vez que influencia todas as outras etapas de investigação (Fortin, 2009). Refere ainda Fortin (1999), que a escolha da metodologia a utilizar numa investigação depende do conhecimento já existente sobre a temática em análise.

Face à pesquisa bibliográfica, entendemos que a metodologia consiste no traçar de um caminho para chegar a um objetivo e compreende um conjunto de atividades sistemáticas e racionais, que visam economizar recursos humanos e materiais e, simultaneamente, fornecer uma orientação para percorrer esse caminho e alcançar o objetivo pretendido.

Assim, neste capítulo apresentaremos os objetivos gerais e específicos deste estudo, bem como as linhas orientadoras que nos guiaram ao longo do mesmo, justificando as decisões metodológicas no que respeita ao tipo de estudo, ao contexto onde foi realizado, à população alvo, aos instrumentos de recolha de dados e ao tratamento estatístico desses mesmos dados.

### **3.1 Objetivo do estudo**

Segundo Fortin (2003:100) “O objetivo do estudo num projeto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação”, ou seja, é um enunciado declarativo que define a orientação da



investigação, segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos e especifica as variáveis chave, a população alvo e o contexto do estudo.

Com base na problemática, e na revisão da literatura, foi definido como principal objetivo geral deste estudo: Analisar fatores associados a quebras cutâneas em doentes idosos hospitalizados num serviço de cirurgia de um hospital regional.

Para tal, traçaram-se os seguintes objetivos específicos:

- Descrever características clínicas dos doentes idosos hospitalizados num serviço de Cirurgia
- Avaliar a prevalência de quebras cutâneas em doente idoso hospitalizado num serviço de Cirurgia
- Avaliar a incidência de quebras cutâneas em doente idoso hospitalizado num serviço de Cirurgia;
- Avaliar a associação entre características sociodemográficas e a incidência de quebras cutâneas em doentes idosos hospitalizados num serviço de Cirurgia;
- Avaliar a associação entre os fatores clínicos e a incidência de quebras cutâneas em doentes idosos hospitalizados num serviço de Cirurgia.

Em suma, a finalidade do trabalho é contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem na prevenção das quebras cutâneas.

### **3.2 – Tipo de estudo**

O tipo de estudo escolhido assenta numa abordagem quantitativa, uma vez que se trata de um processo sistemático de recolha de dados quantificáveis de forma a estabelecer com exatidão os padrões de comportamento de uma população (Hernandez Sampieri [et al.] (2006). Esta abordagem é também caracterizada como objetiva, metódica e mensurável, pois permite-nos a análise estatística dos dados obtidos. É um estudo baseado numa metodologia não experimental porque não ocorreu manipulação de variáveis. e é descritivo - correlacional pois apenas se caracterizou o fenómeno e se discriminou fatores determinantes ou conceitos que a ele pudessem estar associados; tentamos também averiguar se entre algumas das variáveis existia ou não uma relação. Assim, como destaca Fortin (2009), a descrição dos conceitos ou variáveis conduz a uma relação entre os conceitos teóricos e o seu significado nos resultados obtidos.

No sentido de compreender o fenómeno em estudo, e dar resposta às questões de investigação colocadas, é necessário haver uma combinação do conhecimento já existente, isto é, tendo por base o que investigações anteriores têm vindo a mostrar, com o processo de investigação científica, no sentido de alcançar os objetivos em questão.

Assim, o tipo de estudo assume extrema importância tal como salientado por Fortin (1999, pág. 40), que refere que o desenho de estudo “(...) *é o plano lógico elaborado e utilizado pelo investigador para obter as respostas às questões de investigação*”.

Tendo em conta o objetivo deste estudo, bem como a natureza do problema a analisar, desenhou-se um estudo de cariz quantitativo, epidemiológico, observacional, descritivo - correlacional (nível II).

Trata-se de um estudo quantitativo, tendo em consideração o modo de quantificar os dados obtidos, com base em questionários. Segundo Fortin (1999, pág. 221) “*A regra de medida determina tanto, quantidades como graus, graduações ou ainda a extensão das observações*”. A mesma autora defende que um estudo não experimental quantitativo tem como principal característica o facto de ser um estudo que não manipula variáveis, que tem como finalidade dar uma descrição ou ideia de uma situação ou fenómeno, e possíveis fatores associados.

O presente estudo trata-se também de um estudo descritivo e correlacional, pois pretendemos descrever, analisar e apontar as relações do fenómeno em estudo. Assume também um cariz observacional, na medida em que não implica a manipulação de variáveis, uma vez que os dados de cada doente foram colhidos desde o momento da admissão até ao momento da quebra cutânea, ou durante o tempo de internamento durante o qual ocorreu o estudo, sem a interferência do investigador.

Trata-se de um estudo descritivo - correlacional (nível II), dado que visa descrever a prevalência e incidência das quebras cutâneas dos idosos hospitalizados no serviço de cirurgia, e explorar alguns fatores sociodemográficos e clínicos associados.

Fortin (2009, p.244) caracteriza este estudo como tendo “por objeto explorar relações entre variáveis e descrevê-las [...] permitindo determinar quais são as variáveis associadas ao fenómeno estudado”. Neste sentido, e ao pretender esta investigação analisar a incidência de e prevalência das quebras cutâneas no idoso hospitalizado, assume-se neste enquadramento, pois não manipulamos qualquer variável, apenas estudamos o efeito de uma causa potencial, ou seja, a correlação entre variáveis. Como descrevem Polit e Beck (2011, p. 265) “...os estudos descritivos não experimentais têm como

propósito “observar, descrever e documentar”, podendo ser correlacional descritivo em que o investigador procura “descrever relações entre variáveis sem tentar inferir conexões causais”, no entanto a simples correlação “não é prova de uma relação de causa”. Relativamente à dimensão temporal da pesquisa, os dados foram colhidos durante um período de 2 meses, tempo de implementação do estudo, considerando o tempo desde a admissão do doente até à sua alta clínica e/ou transferência para outra unidade de cuidados ou óbitos, ainda que o objetivo tenha sido avaliar a presença das quebras cutâneas e não a sua evolução.

### 3.3 População e amostra

Sendo a área médico-cirúrgica, uma área de interesse pessoal, e atualmente, o local de prestação de cuidados de Enfermagem da investigadora, optamos pela realização do estudo num serviço de cirurgia de um Hospital da região norte do País. Trata-se de um serviço médico-cirúrgico, misto, admitindo homens e mulheres cuja média de idades se situam entre 65-90 anos, com lotação de 34 camas, admitindo doentes do foro médico como cirúrgico, cuja distribuição de camas por especialidade é tida em conta na proporção: 70% doentes da área de Medicina Interna; 20% da área de Cirurgia Geral e 10% da área de Ortopedia. Ressalvamos que os doentes da área cirúrgica e ortopédica são doentes cujo tratamento é conservador, não cirúrgico.

De acordo com os dados estatísticos internos, divulgados pelo serviço SPAG da instituição, no que toca ao mês de julho e agosto de 2016 respeitantes à atividade médico-cirúrgica do serviço onde incidiu o estudo, o mesmo apresenta no mês de julho, uma demora média de 8,57 dias de internamento, com taxa de ocupação de 70,32%, e no mês de agosto, uma demora média de internamento de 9,87 dias, com uma taxa de ocupação de 78,25%.

De acordo com os dados estatísticos internos, divulgados pelo serviço SPAG da instituição, no que toca ao mês de julho e agosto de 2016 respeitantes à atividade médico-cirúrgica do serviço onde incidiu o estudo, o mesmo apresenta no mês de julho, uma demora média de 8,57 dias de internamento, com taxa de ocupação de 70,32%, e no mês de agosto, uma demora média de internamento de 9,87 dias, com uma taxa de ocupação de 78,25%.

O contexto de estudo é por isso um contexto natural, onde o enfermeiro exerce a sua função, e onde os doentes idosos se encontram internados.

De acordo com Fortin (2009) população é um conjunto de indivíduos que partilham determinadas características, sendo que a autora distingue entre população alvo e população acessível. A primeira inclui elementos que satisfazem critérios de seleção pré-definidos, a partir dos quais o investigador pretende fazer generalizações. A população acessível seria uma parte da população-alvo, representativa da mesma, e à qual o investigador tem acesso.

Desta forma, a população alvo do presente estudo são os doentes idosos hospitalizados no serviço onde este decorreu.

Na impossibilidade de estudar a população definiu-se uma amostra, um sub-grupo da população (Fortin, 2009). Para a sua seleção foi definido como critério estar internado no hospital no período de julho a agosto de 2016, uma vez que foi o período estipulado no projeto de investigação, e ter mais de 65 anos de idade. A amostra foi assim constituída por 53 idosos hospitalizados no serviço onde decorreu o estudo, durante um período de 2 meses, com idades compreendidas entre os 65 e 95 anos.

Esta trata-se de uma amostra sequencial, uma vez que à medida que os doentes idosos iam sendo admitidos, iam sendo integrados no estudo.

### **3.4 Variáveis de estudo**

As variáveis são características que variam entre os sujeitos e nos permitem operacionalizar a investigação. Tendo em consideração os objetivos do estudo e a revisão da literatura efetuada, para a construção do instrumento de colheita de dados definimos variáveis sociodemográficas e variáveis clínicas.

Relativamente às variáveis sócio-demográficas, foram incluídas a idade, o sexo e a raça. Quanto às variáveis clínicas na admissão ao serviço de cirurgia, consideramos, equimose, hematomas, edemas dos MS's e MI's, presença de adesivos, púrpuras, uso de corticoides, uso de anticoagulantes e uso de antiagregantes.

As variáveis foram operacionalizadas como qualitativas nominais ou qualitativas ordinais, e quantitativas optando-se pelas últimas sempre que possível ou adequado.

Para o desenvolvimento do estudo houve necessidade de definir variáveis, que permitissem dar resposta aos objetivos.

Tratando-se de um estudo descritivo - correlacional, pretendemos investigar as relações entre variáveis, nomeadamente entre fatores sociodemográficos e clínicos associados às quebras cutâneas.

As Quebras Cutâneas foram avaliadas conforme a escala STAR, de acordo com a versão de Ribeiro (2013), sendo operacionalizadas numa escala ordinal com 5 categorias (categoria 1a; categoria 1b; categoria 2a; categoria 2b; categoria 3), tratando-se por isso de uma variável qualitativa.

De acordo com a revisão da literatura e com os objetivos do estudo, foram também identificadas variáveis sociodemográficas e clínicas, que foram operacionalizadas em variáveis qualitativas, nominais ou ordinais, e quantitativas, optando-se pelas últimas sempre que possível.

### **3.5 Instrumento de colheita de dados**

Fortin (2009) menciona que o investigador, para a escolha do instrumento de colheita de dados, deve ter em conta as questões de investigação ou as hipóteses, os conhecimentos relativos às variáveis em estudo e o desenho de investigação. Assim, dado tratar-se de um estudo quantitativo, descritivo - correlacional e face à problemática e objetivos do estudo, optamos por utilizar a técnica de observação estruturada com o uso de vários instrumentos (Apêndice III), onde incide a observação, colheita, registo e codificação dos dados previamente definidos. A sua construção foi realizada tendo por base a revisão da literatura e os objetivos preconizados para o estudo.

Para avaliar a viabilidade dos instrumentos de recolha de dados, quanto à compreensão, duração do preenchimento e resposta aos objetivos e, no sentido de obter a colaboração da equipa de enfermagem no preenchimento dos instrumentos de registos foi efetuada um pré-teste, começando com uma reunião com a enfermeira chefe, com o intuito de planear uma formação no sentido de fornecer conhecimentos e dados concretos do pretendido a toda a equipa de enfermagem de um serviço de Medicina, do mesmo hospital. Esta formação inicial foi entendida como necessária, para uma identificação precisa deste tipo de lesão no doente idoso, dada a lacuna de conhecimento existente neste domínio, manifestada pela grande maioria dos enfermeiros que integraram este pré-teste. Após a transmissão do conhecimento e esclarecimentos das dúvidas existentes no seio da equipa, partimos para a aplicação dos vários instrumentos. Após a análise dos resultados do pré-teste, foi necessário efetuar algumas alterações a nível do questionário, nomeadamente, nas especificações da caracterização das lesões da pele. A recolha de

dados iniciou-se em julho de 2016 e terminou em agosto de 2016 por chegar ao fim o tempo determinado para a colheita de dados.

Ao longo de todo o processo de recolha de dados disponibilizamos o contacto da investigadora para qualquer esclarecimento.

### **3.5.1. Questionário sociodemográfico e clínico.**

A primeira parte do instrumento de avaliação elaborado incluí um questionário que visa obter informação relativa a dados sociodemográficos e clínicos, construído para o estudo, tendo em consideração a evidência científica sobre as quebras cutâneas. O registo foi efetuado por observação e através dos dados do processo clínico.

No que diz respeito às características sociodemográficos, foram obtidos dados relativos à idade, sexo e raça.

Relativamente aos dados clínicos, este questionário procurava obter informação relativa à presença ou ausência de diabetes mellitus, Doença Vascular Periférica, Pele seca e descamativa, Rigidez articular, Espasticidade, Necessidade de ajuda para levantar, Risco de Úlcera de Pressão, Equimoses, Hematomas, Edemas dos MS's e MI's, Púrpuras, Uso de corticoides, Uso de anticoagulantes e o Uso de antiagregantes plaquetários.

Para obtenção de informação relativamente ao grau de dependência, foram utilizados o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007) e para avaliação do risco de UP a Escala de Braden (Bergstrom, 1996; Rijswijk e Couortney, 2005).

### **3.5.2 Escala de Barthel**

O Índice de Barthel avalia o nível de dependência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Sequeira, 2007).

Estas atividades são pontuadas de forma diferente, podendo ser atribuídos 0, 5, 10 ou 15 pontos, e a pontuação global pode variar entre 0-100 pontos. Esta pontuação pode ainda ser organizada em categorias, de acordo com os pontos de corte definidos pela DGS para esta escala: 0-20 (dependência total), 21-60 (dependência grave), 61-90 (dependência moderada), 91-99 (dependência muito leve) e 100 (independência). Assim, dá uma

estimativa do grau de dependência da pessoa idosa, que pode variar entre dependência total (<20 pontos) e independência em todas as atividades (100 pontos) (Andrade, 2009).

No contexto clínico, é considerada essencialmente a pontuação total do Índice de Barthel. No entanto, a partir das pontuações parciais da AVD avaliada é possível conhecer as capacidades específicas de cada indivíduo. Ainda que dois indivíduos possam ter a mesma pontuação total do Índice de Barthel, estes podem ter necessidades de cuidados completamente diferentes, de acordo com as atividades em que apresentam maior dificuldade, pelo que considerar as pontuações específicas de cada atividade é também importante.

Segundo Araújo [et al.] (2007), a fácil interpretação e aplicação do Índice de Barthel permite a sua aplicação repetida, de forma periódica, possibilitando monitorizações longitudinais, consumindo pouco tempo. Também, num estudo de revisão sobre 30 instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso, este Índice foi considerado o que possui maiores e melhores resultados de fidelidade e validade (Martins, 2002).

Considerando todas estas características do Índice de Barthel e sendo o grau de dependência uma variável clínica de estudo, utilizámos o este Índice com o objetivo de caracterizar o grau de dependência dos idosos hospitalizados, no que diz respeito às principais AVD's. Para aplicação desta escala, seguimos todos os procedimentos descritos do próprio instrumento, de 2 em 2 dias (Anexo C).

A Escala de Barthel é uma escala frequentemente utilizada, revelando boa consistência interna. A título de exemplo, no estudo desenvolvido por Araújo et al. (2007), o alfa de Cronbach foi de 0,96.

### **3.5.3 Escala de Braden**

Para a avaliação do risco de úlcera de pressão (UP) foi utilizada a Escala de Braden.

A Escala de Braden avalia essencialmente o risco de UP. No entanto, face aos itens e fatores de risco avaliados pela escala, estes dão também uma indicação do grau de dependência do doente, uma vez que a falta da mobilidade, motricidade, a fricção e a presença de forças de deslizamentos, e o próprio envelhecimento, que leva à perda de função das barreiras da pele, são fatores importantes que podem levar ao desenvolvimento das quebras cutâneas. Assim, a Escala de Braden pode ser considerada também uma medida do grau de dependência dos doentes.

Como refere a Direção-Geral da Saúde (2011), a Escala de Braden avalia 6 fatores de risco: a perceção sensorial, a humidade, a atividade, a mobilidade, a nutrição, a fricção e a presença de forças de deslizamento. Em cada uma das subescalas é avaliado o estado do doente, com classificações entre 1 e 4, à exceção da fricção que é entre 1 e 3, comparando o estado do doente com o enunciado da escala. A soma vai traduzir-se num valor entre 6 e 23, que traduz o risco de desenvolvimento de UP, que pode ser dicotomizada em “Alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão” quando o valor é inferior a 16, e “Baixo risco de desenvolvimento de úlcera de pressão” quando o valor é igual ou superior a 17. Conforme o contexto assistencial, a sua utilização deve ser feita com diferentes intervalos de tempo. (Anexo B) No estudo foi efetuado de 2 em 2 dias.

### **3.5.4 Escala STAR**

Para o registo das quebras cutâneas optou-se pela Escala STAR, validada para a população portuguesa por Ribeiro (2013) (Anexo D).

Esta escala foi originalmente desenvolvida por Payne e Martin (1993) e visa identificar o estágio da quebra cutânea, de acordo com as suas características e com base no grau de perda do retalho da pele, dando orientações para o seu tratamento.

A segunda parte deste sistema, que diz respeito ao sistema de classificação propriamente dito, relaciona-se com as descrições das categorias das quebras cutâneas, dividindo-as em 5 categorias: 1a, 1b, 2a, 2b e 3.

- Categoria 1a: – Lesão por fricção cujo retalho de pele pode ser realinhado na posição anatómica normal (sem tensão excessiva) e a coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida, opaca ou escurecida.
- Categoria 1 b: Lesão por fricção cujo retalho de pele pode ser realinhado na posição anatómica normal (sem tensão excessiva) e a coloração da pele ou do retalho apresenta-se pálida, opaca ou escurecida.
- Categoria 2a – Lesão por fricção cujo retalho de pele não pode ser realinhado na posição anatómica normal (sem tensão excessiva) e a coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida, opaca ou escurecida.
- Categoria 2b – Lesão por fricção cujo retalho de pele não pode ser realinhado na posição anatómica normal (sem tensão excessiva) e a coloração da pele ou do retalho apresentasse pálida, opaca ou escurecida.
- Categoria 3 – Lesão por fricção cujo retalho de pele esta completamente ausente.



Foi ainda incluída a categoria “sem alterações”, atribuída aos doentes que não apresentavam quebras cutâneas

### **3.6. Procedimentos de colheitas de dados**

Os procedimentos adaptados tomaram em consideração os objetivos ao estudo a disponibilidade da investigadora para proceder à colheita de dados e a colaboração de colegas que participaram na colheita de dados.

Inicialmente foi realizada uma ação de formação às enfermeiras do contexto para a introdução do conceito de quebra cutânea e suas particularidades, bem como dos objetivos da investigação, como classificar os estádios das quebras cutâneas, apresentando também e explicando a Escala STAR.

De seguida, uma vez que a colheita de dados teria que ser feita com recurso à observação, e a investigadora não tinha possibilidade de observar todos os casos, foram treinados colaboradores para este efeito. Assim, inicialmente foi solicitada a colaboração a um grupo de enfermeiras que exercem funções no serviço onde decorreu o estudo. Começou por se explicar o instrumento, a forma de preenchimento e a periodicidade com que esta avaliação deveria ser feita. A aplicação ocorreria durante 2 meses, de 2 em 2 dias, no turno da manhã, a todos os doentes com critérios para integrar no estudo, até sua alta / transferência / morte.

Seguiu-se um período de pré-teste da escala de STAR, antes da colheita de dados do estudo, no sentido de familiarizar o profissional com a classificação e o registo das quebras cutâneas. Ao longo de todo o processo de colheita de dados, foi prestado apoio e acompanhamento, bem como disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas.

Ainda nesta primeira fase de colheita de dados do processo de investigação, após a autorização do Conselho de Administração da instituição para o início do estudo, foi efetuado o pré-teste de todo o instrumento num outro serviço, com outros enfermeiros, num serviço de Medicina. Neste período, 15 dias durante o mês de junho de 2016, o objetivo primordial era efetuar o pré-teste do Questionário que iria ser utilizado no processo de investigação. Houve reunião com a chefe de serviço e seleção de três elementos do serviço, que auxiliaram no preenchimento de questionários, ao longo desse mês.

De seguida teve lugar uma reunião na qual foram discutidos os pontos que deveriam ser alterados, bem como os pontos menos percetíveis, sendo que esta constituiu claramente

um ponto muito positivo para o desenvolvimento final do Questionário posteriormente aplicado na investigação.

### **3.7 Tratamento estatístico dos dados**

O tratamento de dados foi efetuado de acordo com os objetivos.

Em primeiro lugar, foi efetuada uma análise descritiva, sendo que as medidas estatísticas foram selecionadas em função das variáveis quanto à escala de medida, consistindo em médias, medianas e desvios padrão para variáveis quantitativas, e frequências e percentagens para variáveis qualitativas.

Para a análise da associação entre variáveis recorreremos ao teste de independência de qui-quadrado, nos casos em que as variáveis eram qualitativas nominais. No entanto, os resultados deste teste não são fiáveis quando a percentagem de células da tabela de contingência que tem frequência esperada inferior a 5 é superior a 20%, pelo que nestes casos se reportou o resultado do Teste de Fisher (Martins, 2011).

Nos casos das variáveis quantitativas, avaliaram-se os pressupostos para utilização de testes paramétricos, nomeadamente a normalidade de distribuição, através do teste de Shapiro-Wilk, e a homogeneidade de variâncias, através do teste de Levene. Nos casos em que estes pressupostos estavam cumpridos, foi utilizado o teste t para amostras independentes, para analisar as diferenças entre a presença/ausência de quebras cutâneas em relação a variáveis quantitativas. Não estando cumprido pressuposto de normalidade da distribuição, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para este efeito.

O nível de significância admitido foi de 5% e o tratamento dos dados foi realizado através do software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 24.0, para Windows.

### **3.8 Procedimentos éticos**

Todo o processo de investigação deve reger-se por princípios éticos.

Depois de concluído o projeto, foi efetuado um pedido formal para a realização do estudo ao Diretor Executivo da instituição (Apêndice I) e parecer à Comissão de Ética.

Após a autorização da instituição, e antes do início da colheita de dados, foram contactados os profissionais responsáveis por cada serviço e, com cada um, foi definido o momento propício de colheita de dados consoante as características e disponibilidade de cada local. Este contacto foi efetuado em ambas as fases do projeto: no pré-teste e no estudo em si.

A colheita de dados era efetuada após apresentação, e explicação do âmbito do estudo, e realizada no início ou final do turno da manhã, essencialmente. Durante o processo de colheita de dados, foi assídua a presença do investigador junto dos participantes, juntamente com as enfermeiras treinadas na observação. A natureza confidencial do instrumento de colheita de dados foi assegurada, uma vez que não se procedeu a uma análise individualizada dos questionários. Também o anonimato dos participantes foi respeitado.

Os participantes assinaram também, antes da colheita de dados, o Consentimento Informado (Apêndice II), sendo que um consentimento livre e esclarecido é fundamental para a participação dos indivíduos na investigação. Além disso, foi referido que tinham o direito de se retirar do estudo em qualquer momento da investigação, sem qualquer necessidade de justificação ou penalização; se o desejassem, teriam igualmente acesso aos resultados do estudo.

Após validação do instrumento, realizada no pré-teste, foi dado início à segunda fase da colheita de dados em contexto clínico, desenvolvida no serviço de Cirurgia, do Hospital Regional.

Após receção da autorização da Comissão de Ética (Anexo IV), a colheita de dados decorreu no período compreendido entre Julho e Agosto de 2016.

Procurou otimizar-se o ambiente, decorrendo observação durante o período da prestação de cuidados. Foi respeitado o ritmo de cada enfermeiro que colaborava, variando por isso o tempo de colheita de dados.



## **CAPÍTULO IV – RESULTADOS**

Este estudo teve como objetivo analisar fatores associados a quebras cutâneas em doentes idosos hospitalizados num serviço de cirurgia de um hospital regional. Face a este objetivo principal, os resultados são apresentados conforme os objetivos descritos no capítulo anterior.

Os resultados são apresentados à luz dos objetivos preconizados, iniciando-se pela caracterização sociodemográfica, seguida da situação clínica do doente em estudo na admissão e após a admissão, passando-se à avaliação dos mesmos através das várias escalas (Braden e Barthel). No final, procedeu-se à análise da incidência e prevalência das quebras cutâneas e fatores determinantes. Recorreu-se a tabelas para apresentação dos resultados, seguido da interpretação dos resultados que se mostram relevantes e fundamentais na análise.

#### **4.1. Características sociodemográficas**

Os resultados reportam-se a 53 pessoas idosas que integram o estudo, sendo maioritariamente do sexo feminino (60,4%). Quanto à idade, esta varia entre os 65 e os 95 anos, com média de  $80,57 \pm 6,92$  anos e mediana 81 anos, sendo o grupo etário mais representado o dos 75 a 84 anos, com 52,8% das pessoas, seguido daquele com mais de 85 anos (30,2%). Todos os participantes são de raça caucasiana (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição dos doentes conforme as características sociodemográficas (n=53)

	ni	fi(%)
<b>Sexo</b>		
Masculino	21	39,6
Feminino	32	60,4
<b>Grupo etário</b>		
De 65 a 74 anos	9	17,0
De 75 a 84 anos	28	52,8
Mais de 85 anos	16	30,2

#### 4.2. Características clínicas

No que diz respeito aos antecedentes de saúde (Tabela 2), verificou-se que a maioria das pessoas não apresentava doença vascular periférica (83,0%), rigidez articular (88,7%) ou espasticidade (94,3%). Por outro lado, a maioria necessitava de ajuda para levantar (71,7%). No que se refere à Diabetes mellitus, 41,5% tem diagnóstico da doença. Também, cerca de metade das pessoas revelou apresentar pele seca e descamativa (49,1%).

**Tabela 2** - Descrição dos antecedentes de saúde dos doentes idosos hospitalizados no serviço de Cirurgia (n=53)

	Sim		Não		Sem informação	
	ni	fi(%)	ni	fi(%)	ni	fi(%)
<b>Diabetes mellitus</b>	22	41,5	30	56,6	1	1,9
<b>Doença Vascular Periférica</b>	8	15,1	44	83,0	1	1,9
<b>Pele seca e descamativa</b>	26	49,1	27	50,9	-	-
<b>Rigidez articular</b>	6	11,3	47	88,7	-	-
<b>Espasticidade</b>	2	3,8	50	94,3	1	1,9
<b>Necessidade de ajuda para levantar</b>	38	71,7	15	28,3	-	-

Relativamente às características clínicas (Tabela 3), no momento de admissão, verificou-se que a maioria dos doentes usava anticoagulantes 62,3%, sendo que 26,4% usava também antiagregantes plaquetários e 26,4% apresentavam edemas nos MI. As alterações menos presentes na admissão foram os hematomas, edemas dos membros superiores e púrpuras.

Os adesivos estavam presentes em 92,5% dos doentes.

**Tabela 3** – Distribuição dos doentes idosos conforme as taxas de prevalência de caraterísticas clínicas (n=53)

	<b>ni</b>	<b>fi(%)</b>
<b>Equimoses</b>	18	34,0
<b>Hematomas</b>	11	20,8
<b>Edemas MS</b>	11	20,8
<b>Edemas MI</b>	22	41,5
<b>Púrpura</b>	9	17,0
<b>Corticoides</b>	10	18,9
<b>Anticoagulantes</b>	35	66,0
<b>Antigregantes</b>	15	28,3

Após a admissão (tabela 4), proporcionalmente pode observar-se a maior taxa de incidência foi relativamente à presença de equimoses, e edemas dos membros inferiores (20,5%), seguido de hematomas e edemas nos membros superiores (12,5%), apresentando as outras situações taxas de incidência inferiores a 10%

Tanto na admissão como após a admissão a maioria dos doentes usavam adesivos (92,5%).



**Tabela 4** – Distribuição dos doentes idosos conforme as taxas de incidência de caraterísticas clínicas

	ni	fi(%)
<b>Equimoses (n=44)</b>	9	20,5
<b>Hematomas (n=48)</b>	6	12,5
<b>Edemas MS (n=48)</b>	6	12,5
<b>Edemas MI (n=39)</b>	8	20,5
<b>Púrpura (n=48)</b>	4	8,3
<b>Corticoides (n=46)</b>	3	6,5
<b>Anticoagulantes (n=20)</b>	2	10,0
<b>Antigregantes (n=39)</b>	1	2,6

Relativamente ao risco de Úlcera de pressão, avaliado através da escala de Braden, verificou-se que na admissão as pontuações dos doentes variaram entre 9 e 23, com uma pontuação média de  $17,02 \pm 4,73$  (Tabela 4). Quando consideramos os pontos de corte definidos pela DGS, constatamos que na admissão 54,7% dos idosos apresentam alto risco de desenvolverem Úlceras de Pressão.

Quando consideramos a avaliação do risco de Úlcera de Pressão durante o internamento, e tendo por referência o score baixo, uma vez que indica maior risco, os valores variam entre 9-23 com media de  $16,87 \pm 4,77$  e mediana 16 (Tabela 4).

Tendo havido um questionário em que a Escala de Braden não foi avaliada, não foi possível a aplicação da Escala de Braden à totalidade da amostra, como no restante estudo. Assim, os dados relativos à Escala de Braden são referentes a 52 doentes.

**Tabela 5** – Distribuição dos doentes idosos, conforme os scores da Escala de Braden (n=52)

	Min – Max	Média	Mediana
<b>Admissão</b>	9-23	17,02 ± 4,73	16
<b>Valor mais baixo após a admissão</b>	9-23	16,87 ± 4,77	16

Quando consideramos os pontos de corte definidos pela DGS, constatamos que na admissão 54,7% dos idosos apresentam alto risco de desenvolverem Úlceras de Pressão. Após a admissão a percentagem de doentes com alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é idêntico ao observado na admissão (53,8%) (Tabela 6).

**Tabela 6** – Distribuição dos doentes idosos, conforme os pontos de corte do risco de UP

	Na admissão (n=53)		Valor mais baixo após a admissão (n=52)	
	ni	fi(%)	ni	fi(%)
<b>Baixo risco de UP</b>	24	45,3	24	46,2
<b>Alto Risco de UP</b>	29	54,7	28	53,8

Relativamente à dependência, avaliada através da Escala de Barthel, verificou-se que na admissão as pontuações variaram entre 0 e 100, com uma média de 33,68±35,00 e mediana de 25 (Tabela 7).

Durante o internamento no serviço, consideramos o valor mais baixo, uma vez que significa maior dependência, os scores variam entre 0-100, com média 36,25±35,25 e mediana de 32,5 (Tabela 7).

**Tabela 7** – Distribuição dos doentes idosos, conforme o grau de dependência (n=52)

	Min – Max	Média (DP)	Mediana
<b>Admissão</b>	0-100	33,68 ± 35,00	25
<b>Valor mais baixo após admissão</b>	0-100	36,25 ± 35,24	32,5

Constata-se que, quer na admissão, quer após a admissão considerando o score mais baixo observado na aplicação da Escala de Barthel, a maioria dos idosos apresentam dependência total (41,3 e 36,6%, respetivamente) ou dependência grave (34,0 e 35,8%, respetivamente). Os independentes foram 11,3% na admissão e 9,4% nos momentos após a admissão (Tabela 7).

**Tabela 8** – Distribuição dos doentes idosos, conforme os pontos de corte da Escala de Barthel

	Na admissão (n=53)		Valor mais baixo após a admissão (n=52)	
	ni	fi(%)	ni	fi(%)
<b>Dependência total</b>	24	45,3	21	39,6
<b>Dependência grave</b>	18	34,0	19	35,8
<b>Dependência moderada</b>	4	7,5	5	9,4
<b>Dependência Leve</b>	1	1,9	2	3,8
<b>Independência</b>	6	11,3	5	9,4

#### 4.3. Prevalência de quebras cutâneas

No que diz respeito às Quebras cutâneas, avaliadas através da classificação da STAR, verificou-se que a maioria dos participantes não apresentava alterações (66,0%), sendo a prevalência de quebras cutâneas de 34,0% (Tabela 9).

**Tabela 9** – Distribuição dos doentes idosos, conforme a prevalência de Quebras Cutâneas (n=53)

	ni	fi(%)
STAR		
Sem alterações	35	66,0
Com alterações	18	34,0

Relativamente aos 18 doentes que apresentam quebras cutâneas as categorias mais frequentes são a 1b (55,6%), seguido da categoria 3 (16,7%), sendo a menos frequente a categoria 2ª (5,6%) (Tabela 10).

**Tabela 10** – Distribuição dos doentes idosos com Quebras cutâneas, conforme a gravidade (n=18)

	ni	fi(%)
STAR		
Categoria 1a	2	11,1
Categoria 1b	10	55,6
Categoria 2a	1	5,6
Categoria 2b	2	11,1
Categoria 3	3	16,7

#### 4.4. Associação entre características sociodemográficas e prevalência das Quebras Cutâneas

Da análise da associação entre as Quebras Cutâneas e as características sociodemográficas, relativamente ao sexo, não existem diferenças estatisticamente significativas (sig = 0,206).

No que se refere à idade, observa-se normalidade de distribuição (sem quebras cutâneas: Shapiro Wilk 0,990, gl 35, sig = 0,987; com quebras cutâneas: Shapiro Wilk 0,926, gl 18, sig = 0,168) e homogeneidade de variâncias (Levene F = 0,007, sig = 0,934), não se observando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (t = 0,659, gl 51, sig = 0,513).

**Tabela 11** – Associação entre variáveis sociodemográficas e a prevalência de quebras cutâneas (n = 53)

	<b>Presença de Quebra Cutânea (n = 18)</b>	<b>Ausência de Quebra Cutânea (n = 35)</b>	<b>Estatística de Teste</b>		
			<b>Valor de Teste</b>	<b>gl</b>	<b>sig</b>
<b>Sexo*</b>					
Feminino	13 (72,2%)	19 (54,3%)	1,599	1	0,206
Masculino	5 (27,8%)	16 (45,7%)			
	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	0,659	51	0,513
<b>Idade**</b>	81,44 (6,70)	80,11 (7,09)			

\* Teste de Qui-quadrado; \*\* Teste t para amostras independentes

#### **4.5. Associação entre a situação clínica do doente e a prevalência das Quebras Cutâneas**

Na análise da associação entre a situação clínica do doente e a prevalência das Quebras Cutâneas, no que diz respeito ao tempo de internamento, risco de UP (Escala de Braden) e o grau de dependência (Escala de Barthel) (Tabela 11), foi analisado o pressuposto de normalidade da distribuição, necessário para a utilização de testes paramétricos.

No que diz respeito ao tempo de internamento, observa-se a ausência de normalidade de distribuição (sem quebras cutâneas: Shapiro Wilk 0,860, gl 35, sig < 0,001; com quebras cutâneas: Shapiro Wilk 0,871, gl 18, sig = 0,019). A homogeneidade de variâncias revelou estar cumprida (Levene F = 1,249, sig = 0,269). Assim, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para analisar diferenças entre os doentes que apresentavam quebras cutâneas e os que não apresentavam, não se observando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (U = 274,00, sig = 0,445).

Em relação ao risco de UP, observa-se a ausência de normalidade de distribuição para o grupo de doentes que não apresentou quebras cutâneas (sem quebras cutâneas: Shapiro Wilk 0,841, gl 35, sig < 0,001; com quebras cutâneas: Shapiro Wilk 0,936, gl 18, sig = 0,247). A homogeneidade de variâncias revelou também não estar cumprida (Levene F = 5,098, sig = 0,028). Foi realizado um teste de Mann-Whitney, que revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre doentes que apresentaram quebras cutâneas e doentes que não apresentaram quebras cutâneas, em relação ao menor valor obtido na escala de Braden (U = 205,50, sig = 0,038). Deste modo, doentes sem quebras cutâneas apresentaram ordenações médias superiores na escala de Braden, apresentando menor risco de UP (30,13 vs 20,92).

Por fim, no que diz respeito ao grau de dependência, observa-se a ausência de normalidade de distribuição para ambos os grupos (sem quebras cutâneas: Shapiro Wilk 0,878, gl 35, sig = 0,001; com quebras cutâneas: Shapiro Wilk 0,784, gl 18, sig = 0,001). A homogeneidade de variâncias revelou também não estar cumprida (Levene F = 12,858, sig = 0,001). Foi realizado um teste de Mann-Whitney, que revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre doentes que apresentaram quebras cutâneas e doentes que não apresentaram quebras cutâneas, em relação ao menor valor obtido na escala de Barthel (U = 172,00, sig = 0,006). Também neste caso doentes sem quebras cutâneas apresentaram ordenações médias superiores (31,09 vs 19,06), apresentando menor dependência.

**Tabela 12** – Análise das diferenças entre o tempo de internamento, o risco de Úlcera de Pressão e o grau de dependência, e a prevalência das Quebras Cutâneas (n = 53)

	Presença de Quebra Cutânea	Ausência de Quebra Cutânea		
	Ordem Média	Ordem Média		
Variável	Ordenações médias	Ordenações médias	U	sig
Tempo de internamento	29,28	25,83	274,00	0,445
Risco de UP	20,92	30,13	205,50	<b>0,038</b>
Grau de Dependência	19,06	31,09	172,00	<b>0,006</b>

Teste de Mann-Whitney

Relativamente a outras situações clínicas (Tabela 13), tratando-se de variáveis dicotómicas, foi utilizado o teste de Qui-quadrado ou o teste de Fisher para analisar as associações com a presença/ausência de quebras cutâneas.

Foi observada uma associação estatisticamente significativa entre as quebras cutâneas e a existência de equimoses ( $p = 0,001$ ). Da análise de resíduos ajustados standardizados observa-se maior proporção de doentes que apresentavam equimoses que apresentavam também quebras cutâneas (3,6). Em sentido inverso constatou-se maior proporção de doentes sem quebras cutâneas entre os doentes sem equimoses (apêndice VI)

Foi também encontrada uma associação estatisticamente significativa entre as quebras cutâneas e a existência de edemas nos MS ( $\text{sig} = 0,031$ ). Da análise de resíduos ajustados standardizados observa-se uma maior proporção de doentes que apresentavam edemas nos MS que também apresentavam também quebras cutâneas (2,3). Pelo contrário a proporção de doentes sem quebras cutâneas era maior entre os doentes sem edemas do MS

Por fim, observou-se ainda uma associação estatisticamente significativa entre a presença/ausência de quebras cutâneas e a existência de púrpura ( $\text{sig} < 0,001$ ), em que os doentes que apresentavam púrpura apresentavam também maior prevalência de quebras cutâneas (resíduos ajustados standardizados 3,8), enquanto a maior proporção de doentes sem quebras cutâneas se observou entre os que não apresentavam púrpura

**Tabela 13** – Associação entre características clínicas e prevalência de quebras cutâneas (n = 53)

<b>Variável</b>	<b>Valor de Teste</b>	<b>gl</b>	<b>Sig</b>
Equimoses*	13,00	1	<b>0,001</b>
Hematomas**	---	---	0,478
Edemas MS**	---	---	<b>0,031</b>
Edemas MI*	2,22	1	0,155
Adesivo**	---	---	1,000
Púrpura**	---	---	<b>&lt; 0,001</b>
Corticoides**	---	---	0,279
Anticoagulantes*	1,68	1	0,235
Antiagregantes**	0,34	1	0,782

Teste de Qui-quadrado; \*\* Teste de Fisher

No que diz respeito à relação entre as equimoses e a prevalência de quebras cutâneas, verificou-se que 66,7 % dos doentes que tinham quebras cutâneas apresentavam também equimoses, enquanto que 82,9% dos doentes que não apresentavam quebras cutâneas também não apresentavam equimoses (apêndice V).

Em relação à associação entre edemas MS e a prevalência de quebras cutâneas, observou-se que 63,6% dos doentes com quebras cutâneas apresentavam também edemas MS, ao passo que 73,8% dos doentes sem quebras cutâneas não apresentavam edemas MS.



Por fim, relativamente à associação entre púrpura e a prevalência de quebras cutâneas, verificou-se que 88,9% dos doentes com quebras cutâneas apresentavam também púrpura, enquanto que 77,3% dos doentes que não tinham quebras cutâneas também não apresentavam púrpura (apêndice V).

#### **4.6. Incidência de quebras cutâneas**

Dos 53 doentes admitidos no internamento do serviço em estudo, constata-se que 10 apresentavam quebras cutâneas no momento de admissão.

Assim, dos 43 doentes idosos que não apresentavam Quebras Cutâneas na admissão, a taxa de incidência foi de 18,6% (tabela 15).

**Tabela 14** – Distribuição dos doentes idosos, conforme a incidência de Quebras Cutâneas (n=43)

Dos 8 doentes que desenvolveram Quebras Cutâneas durante o internamento (Tabela 14), as mais frequentes foram da categoria 1b (62,5%), seguido da categoria 2b (25%) e da categoria 3 (12,5%).

	ni	fi(%)
<b>STAR</b>		
Sem alterações	35	81,4
Com alterações	8	18,6

**Tabela 15** – Distribuição dos doentes idosos que desenvolveram Quebras Cutâneas durante o internamento, conforme a categoria (n=8)

	ni	fi(%)
<b>STAR</b>		
Categoria 1b	5	62,5
Categoria 2b	2	25
Categoria 3	1	12,5

#### 4.7. Associação entre características sociodemográficas e incidência das Quebras Cutâneas

No que diz respeito ao sexo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em termos da incidência de quebras cutâneas (sig = 1,000).

No que se refere à idade, observa-se normalidade de distribuição (sem quebras cutâneas: Shapiro Wilk 0,990, gl 35, sig = 0,987; com quebras cutâneas: Shapiro Wilk 0,941, 8, sig = 0,622) e homogeneidade de variâncias (Levene F = 1,268, sig = 0,267), não se observando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (t = 1,419, gl 41, sig = 0,164).

**Tabela 16** – Associação entre variáveis sociodemográficas e a incidência de quebras cutâneas (n = 43)

	Presença de Quebra Cutânea	Ausência de Quebra Cutânea	Estatística de Teste		
			Valor de Teste	gl	sig
<b>Sexo*</b>					
Feminino	5 (62,5%)	19 (54,3%)	---	---	1,000
Masculino	3 (37,5%)	16 (45,7%)			
	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	1,42	41	0,164
<b>Idade**</b>	83,88 (4,88)	80,11 (7,09)			

\* Teste exato de Fisher; \*\* Teste t para amostras independentes

#### 4.8. Associação entre a situação clínica do doente e a incidência das Quebras Cutâneas

Num primeiro momento foi analisada a associação entre a situação clínica do doente e a incidência das quebras cutâneas, no que diz respeito ao tempo de internamento, risco de UP (Escala de Braden) e o grau de dependência (Escala de Barthel) (tabela 17)

Em relação ao tempo de internamento, observa-se a ausência de normalidade de distribuição para o grupo de doentes que não apresentou quebras cutâneas (sem quebras cutâneas: Shapiro Wilk 0,860, gl 35, sig < 0,001; com quebras cutâneas: Shapiro Wilk 0,844, gl 8, sig = 0,082). A homogeneidade de variâncias revelou estar cumprida (Levene  $F = 1,494$ , sig = 0,229). Assim, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para analisar diferenças entre os doentes que apresentavam quebras cutâneas e os que não apresentavam, não se observando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $U = 111,50$ , sig = 0,382).

Em relação ao risco de UP, observa-se a ausência de normalidade de distribuição para o grupo de doentes que não apresentou quebras cutâneas (sem quebras cutâneas: Shapiro Wilk 0,841, gl 35, sig < 0,001; com quebras cutâneas: Shapiro Wilk 0,942, gl 8, sig = 0,631). A homogeneidade de variâncias revelou também não estar cumprida (Levene  $F = 7,223$ , sig = 0,010). Foi realizado um teste de Mann-Whitney, não se observando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $U = 91,00$ , sig = 0,121)

Por fim, no que diz respeito ao grau de dependência, observa-se a ausência de normalidade de distribuição para ambos os grupos (sem quebras cutâneas: Shapiro Wilk 0,878, gl 35, sig = 0,001; com quebras cutâneas: Shapiro Wilk 0,767, gl 8, sig = 0,013). A homogeneidade de variâncias revelou também não estar cumprida (Levene  $F = 4,725$ , sig = 0,036). Foi realizado um teste de Mann-Whitney, que revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre doentes que apresentaram quebras cutâneas e doentes que não apresentaram quebras cutâneas ( $U = 76,50$ , sig = 0,045). Os doentes sem quebras cutâneas apresentaram ordenações médias superiores (23,81 vs 14,06) na escala de Barthel, indicando menor dependência.

**Tabela 17** –Análise das diferenças entre o tempo de internamento, o risco de Úlcera de Pressão e o grau de dependência, e a incidência das Quebras Cutâneas (n=43)

	<b>Presença de Quebra Cutânea (n = 8)</b>	<b>Ausência de Quebra Cutânea (n = 35)</b>		
<b>Variável</b>	<b>Ordenações médias</b>	<b>Ordenações médias</b>	<b>U</b>	<b>sig</b>
Tempo de internamento	25,56	21,19	111,50	0,382
Risco de UP	15,88	23,40	91,00	0,121
Grau de dependência	14,06	23,81	76,50	<b>0,045</b>

Teste de Mann-Whitney

Relativamente a outras situações clínicas (Tabelas 18 e 19), tratando-se de variáveis dicotómicas, foi utilizado o teste de Fisher para analisar as associações com a incidência de quebras cutâneas, uma vez que não se encontravam assegurados os pressupostos para a utilização do teste de Qui-quadrado de Pearson.

Foi observada uma associação estatisticamente significativa entre as quebras cutâneas e a existência de equimoses (sig=0,003), verificando-se que dos doentes que apresentavam equimoses, metade apresentava quebras cutâneas (resíduos ajustados standardizados 3,3), enquanto nos doentes que não apresentavam equimoses a maioria não desenvolveu quebras cutâneas durante o internamento.

Observou-se ainda uma associação estatisticamente significativa entre as quebras cutâneas e a existência de púrpura (sig = 0,016). Assim, a maioria dos doentes que apresentavam púrpura apresentavam também quebras cutâneas (resíduos ajustados standardizados 3,0), ao passo que dos doentes que não apresentavam púrpura a maioria não desenvolveu quebras cutâneas durante o internamento.

**Tabela 18** – Associação entre variáveis clínicas e incidência de quebras cutâneas (n = 43)

Variável	Valor de Teste	gl	Sig
Equimoses	---	---	<b>0,003</b>
Hematomas	---	---	0,332
Edemas MS	---	---	0,106
Edemas MI	---	---	1,000
Púrpura	---	---	<b>0,016</b>
Corticoides	---	---	0,153
Anticoagulantes	---	---	0,226
Antiagregantes	---	---	0,665

Teste de Fisher

No que diz respeito à relação entre as equimoses e a prevalência de quebras cutâneas, verificou-se que 50,0% dos doentes que tinham quebras cutâneas apresentavam também equimoses, enquanto que 93,5% dos doentes que não apresentavam quebras cutâneas também não apresentavam equimoses (apêndice V).

Relativamente à associação entre púrpura e a incidência de quebras cutâneas, verificou-se que 75,0% dos doentes com quebras cutâneas apresentavam também púrpura, enquanto que 87,2% dos doentes que não tinham quebras cutâneas também não apresentavam púrpura (apêndice VI).



## **CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

Tratando-se de um estudo descritivo-correlacional e de cariz epidemiológico, no presente capítulo discutimos os aspetos relevantes dos resultados, tendo em conta os objetivos previamente estabelecidos, e a reflexão acerca das questões metodológicas. A discussão de resultados foi realizada em primeira instância sobre as características sociodemográficas, seguida da caracterização clínica na admissão ao serviço de cirurgia, passando aos resultados obtidos em termos da caracterização das lesões da pele, sendo simultaneamente discutidos os dados estatísticos obtidos na associação com variáveis para a prevalência e incidência de quebras cutâneas.

Assim, em termos sociodemográficos verificou-se que a amostra sobre a qual incidiu o presente estudo foi constituída por 53 idosos, com idades compreendidas entre 75-84 anos de idade, e com predomínio do sexo feminino.

De acordo com Souza e Santos (2006), nos idosos, relativamente à pele existe uma diminuição de cerca de um terço dos corpúsculos de Paccini e Meissner. Os autores acrescentam ainda que embora a perceção sensorial esteja diminuída, a sensibilidade dolorosa está exacerbada.

Com o avançar da idade há mais co-morbididades, bem como mais necessidades de internamento. Ao envelhecer a pessoa torna-se mais vulnerável, e as potenciais lesões cutâneas podem ser complicadas pela dor e infeção, interferir com o estado funcional, e contribuir para o aumento do tempo de permanência no hospital, podendo mesmo levar a mortalidade prematura. Deste modo, com o contínuo envelhecimento da população mundial haverá também um maior número de indivíduos em alto risco para o desenvolvimento de quebras cutâneas e, se não lhes for dada a atenção adequada e criados instrumentos para a sua classificação, teremos uma maior prevalência deste tipo de feridas e eventuais complicações que destas advêm.

Assim, o presente estudo teve como principal objetivo analisar fatores associados a quebras cutâneas em doentes idosos hospitalizados num serviço de Cirurgia de um hospital norte do país.

Mais especificamente, um dos objetivos era o de avaliar a prevalência das quebras cutâneas e outro a incidência de quebras cutâneas nos doentes idosos hospitalizados no serviço de Cirurgia. Posteriormente, pretendeu-se avaliar a associação entre a prevalência e incidência de quebras cutâneas e fatores clínicos, sendo aqui considerados o tempo de internamento, grau de dependência e características da pele.



Foi também definido como objetivo específico deste estudo descrever características clínicas dos doentes idosos hospitalizados no serviço de Cirurgia. Assim, verificou-se que 17% dos doentes apresentaram equimoses, 9,4% apresentavam hematomas, 9,4% apresentavam edemas nos MS, 26,4% apresentavam edemas nos MI, 9,4% apresentavam púrpura, e 13,2% usavam corticoides na admissão. Por outro lado, a maioria dos doentes, (62,3%) usava anticoagulantes devido à existência de patologias cardíacas, e 92,5% usavam adesivos na admissão.

Durante o internamento, verificou-se que 9,4% dos doentes apresentaram equimoses, 20,5% apresentavam hematomas, 12,5% apresentavam edemas nos MS, 20,5% apresentavam edemas nos MI, 8,3% apresentavam púrpura, 6,5% usavam corticoides e 10% usavam anticoagulantes. A maioria dos doentes, 92,5%, usava adesivos.

O estudo foi desenvolvido no serviço de Cirurgia, onde são admitidos doentes do foro de Medicina, Cirurgia, Oncológicos (fase terminal) e Ortopedia. Constatámos que a patologia cardíaca foi predominante e, consequentemente, a utilização de anticoagulantes é óbvia. Ao longo do internamento, devido à frequente indicação de repouso absoluto no leito, repouso relativo no leito e para evitar trombozes venosas profundas, são introduzidos anticoagulantes.

A utilização de anticoagulantes, propicia também o desenvolvimento de equimoses e hematomas no local onde é administrada, havendo assim uma relação entre a utilização de anticoagulantes e o desenvolvimento de hematomas e equimoses.

No caso dos corticoides, no ato de admissão a maioria dos doentes não usavam corticoides; no entanto, sendo um serviço em que a maioria dos doentes são provenientes de Medicina, e por vezes há um agravamento do seu estado geral, é necessária a introdução dos corticoides.

Em relação ao risco de UP e à dependência, verificámos que a maioria dos doentes (54,7%), no momento da admissão, apresentava Alto Risco de desenvolvimento de Úlcera de Pressão, e 45,3% apresentavam Dependência total nas AVD's. Após a admissão, a maioria dos doentes continuou a apresentar um Risco Elevado para o desenvolvimento de Úlceras de Pressão (53,8%) e Dependência total nas AVD's (39,6%)

No que diz respeito à prevalência verificou-se que a maior parte dos doentes não apresentaram quebras cutâneas, sendo que estas se observaram em 34,0% dos doentes. Esta prevalência pode ter a ver com o menor tempo de internamento de alguns doentes.

A prevalência encontrada no presente estudo é bastante inferior à de estudos anteriores, realizados em contexto hospitalar, sendo que num estudo de Giovana (2014) verificou-se o desenvolvimento de 13 quebras cutâneas, sendo que a categoria 2A predominou em meio hospitalar, com 78% de prevalência (Santamaria, Carville, Prentice, Woundswest, 2009).

No presente estudo constatou-se também, em termos da prevalência das quebras cutâneas, que a categoria mais prevalente foi a categoria 1B, sendo que isto pode dever-se ao facto de a maioria dos doentes apresentar patologias cardíacas, que leva à utilização de anticoagulantes. De referir também o seu grau de dependência, sendo que os doentes predominantes no serviço de Cirurgia são doentes que necessitam de ajuda em grau moderado/elevado nas suas AVD's e, consequentemente, no processo de transferência, posicionamentos ou no próprio processo de remoção de adesivo (CVP ou da existência de algum penso existente de uma UP ou ferida traumática). Assim, estes podem constituir fatores de risco para desenvolvimento de quebras cutâneas.

Também Skiveren, Wahlers e Bermark (2017) conduziram um estudo na Dinamarca, com o objetivo de determinar a prevalência das quebras cutâneas e sua relação com alguns fatores, numa amostra de 128 idosos institucionalizados, com idades superiores a 65 anos. A prevalência de quebras cutâneas mostrou ser de 4,6%, inferior à do presente estudo, sendo que os idosos que apresentaram quebras cutâneas apresentavam também uma frequência significativamente superior de quebras cutâneas prévias. A existência de quebras cutâneas, no momento ou prévias, mostrou estar relacionada com a existência de equimoses. Por outro lado, não foram encontradas relações significativas entre a existência de quebras cutâneas e variáveis como úlceras de pressão, diabetes mellitus, edemas nas pernas, risco nutricional ou medicação, como por exemplo o uso de anticoagulantes.

Resultados semelhantes foram obtidos por Koyano [et al.] (2016), que realizaram um estudo transversal com o objetivo de explorar a prevalência de quebras cutâneas e a sua relação com características da pele, numa amostra de 410 doentes idosos (média de idades 87 anos), numa instituição médica, no Japão. Os autores verificaram uma prevalência de quebras cutâneas de 3,9%, e cerca de metade (50%) destas quebras cutâneas ocorriam no antebraço dorsal. Verifica-se por isso que a prevalência de quebras cutâneas reportada por estes autores é também inferior à prevalência encontrada no presente estudo. Os autores também não encontraram associação entre a presença/ausência de quebras cutâneas e características dos doentes como a idade,

gênero, tempo de hospitalização, pontuações da Escala de Braden, uso de corticosteroides ou anticoagulantes.

Procurou-se também avaliar a associação entre características sociodemográficas, nomeadamente o sexo e a idade, e a prevalência de quebras cutâneas. Neste sentido, não foram encontradas associações significativas. Em relação à ausência das diferenças relativamente ao sexo este resultado é congruente com o de Peres (2013), que também não encontrou diferenças entre homens e mulheres. Por outro lado, Le Blanc, Christensen, Cook, Culhane e Gutierrez (2013) verificaram que os homens tinham significativamente mais quebras cutâneas do que as mulheres, enquanto outros autores têm sugerido o contrário, ou seja, que as mulheres seriam mais suscetíveis ao desenvolvimento de quebras cutâneas (Clothier, 2014; McGough-Csarny e Kopac, 1998). Assim, no que diz respeito a esta associação parecem existir resultados contraditórios na literatura.

Relativamente à idade, neste estudo não foram encontradas diferenças. A idade avançada tem sido apontada por vários estudos como constituindo um fator de risco para a ocorrência de quebras cutâneas, estando os idosos mais vulneráveis ao seu desenvolvimento (Carville e Lewin, 1998, Carville e Smith, 2004, Santamaria, Carville e Prentice, 2009, citado por Pulido, Peres, Campanili e Santos, 2015). No entanto, é possível que após determinada idade a prevalência de quebras cutâneas não sofra um aumento significativo, o que explicaria estes resultados, uma vez que todos os doentes que participaram neste estudo eram idosos. Assim, seria interessante estudos futuros compararem a prevalência de quebras cutâneas entre grupos etários de idosos e adultos, por exemplo, sendo que seria esperado que doentes idosos apresentassem mais quebras cutâneas, quando comparados com adultos uma vez que, como já foi referido, as alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento expõem os idosos às quebras cutâneas mais do que qualquer outro grupo de risco, por maior fragilização da pele e suscetibilidade a traumas (LeBlanc e Baranoski, 2011; Carville, Lewin, Newall, Haslehurst, Michael e Santamaria, 2007; Meuleneire, 2002; Payne e Martin, 1990; White, Karam e Cowell, 1994; Bank e Nix, 2006; Bateman, 2012; Naylor, Watson e Sherratt, 2011).

No que diz respeito à associação entre fatores clínicos e a prevalência de quebras cutâneas, verificaram-se em primeiro lugar diferenças estatisticamente significativas entre as Quebras Cutâneas e o risco de UP, bem com a dependência. Assim, doentes que apresentavam quebras cutâneas tiveram pontuações mais baixas, tanto na Escala de Braden como de Barthel, o que indica maior risco de UP e mais dependência. Constatámos também, ao longo do estudo que os doentes com maior grau de

dependência nas AVD's, que necessitavam, por exemplo, de ajuda total a nível dos posicionamentos, transferências cama/cadeirão, cama/cadeira/sanitária, apresentaram um maior risco de desenvolvimento de quebras cutâneas, na medida em que o risco de trauma era evidente, essencialmente a nível dos MI's. Este resultado é consistente com estudos anteriores, que têm mostrado que uma maior dependência nas AVD's é um fator de risco para o desenvolvimento das quebras cutâneas (Carville, Lewin, newall, Michael, Santamaria e Roberts, 2007; Le Blanc, Christensen, Cook, Culhane e Gutierrez, 2013; McGough-Csarny e Kopac, 1998; Stephen-Haynes & Callaghan, 2017).

Para White, Karaw e Cowel (1994), pacientes totalmente dependentes nas AVD's, ao vestir, nos cuidados de higiene e conforto, durante os posicionamentos e transferências, constituem o maior grupo de risco para desenvolvimento das quebras cutâneas, uma vez que esses grupos incluem pessoas mais vulneráveis ao trauma, o que aumenta o desenvolvimento das quebras cutâneas.

Pulido, Peres, Campanili e Santos (2015), realizaram um estudo com idosos totalmente dependentes, que necessitavam de auxílio para as atividades básicas de vida diárias, e verificaram que estes apresentaram um grande número de quebras cutâneas, principalmente nas extremidades superiores (White, Karam e Cowell, 1994). Outros autores (Payne e Martin, 1990) verificaram também que a maioria dos idosos com quebras cutâneas (60%) apresentavam pontuações mais baixas na Escala de Braden e, consequentemente, revelavam um maior risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão.

Foi também encontrada uma associação significativa entre a presença de edemas nos MS's e as quebras cutâneas, sendo que se observa maior proporção de doentes que apresentavam edemas nos MS's que também apresentavam quebras cutâneas. Assim, as quebras cutâneas parecem desenvolver-se devido à fragilidade cutânea e falta de proteção ao trauma, provocadas pela má nutrição, desidratação, pele seca/descamativa e presença dos edemas, com maior predominância a nível dos MS's.

No entanto, não foi encontrada a associação com os edemas dos MI's, podendo este resultado ser explicado pelo facto de os membros superiores se encontrarem mais expostos e vulneráveis por exemplo a nível dos posicionamentos, trocas de adesivos dos cateteres venosos periféricos (CVP's) e mesmo nas transferências, podendo levar ao trauma, devido à fragilidade cutânea e ao facto de a pele ser do tipo pele de "seda".

Foi também encontrada uma associação significativa entre a presença de equimoses e as quebras cutâneas, sendo mais elevada a proporção dos doentes que apresentavam equimoses que apresentavam também quebras cutâneas.

Foi também encontrada no presente estudo uma associação significativa entre a presença de púrpura e as quebras cutâneas, em que a proporção de doentes que apresentavam púrpura e quebras cutâneas era superior aos restantes doentes. Este resultado é consistente com estudos anteriores (Carville, Lewin, Newall, Michael, Santamaria e Roberts, 2007; Mealone, Gavinski, Rozario e Goodwin, 1991). Mealone, Gavinski, Rozario e Goodwin (1991), referem que as quebras cutâneas ocorrem frequentemente relacionadas com as púrpuras (Brandão, 2006; Sampaio, 2000), estando ambos associados a pequenos traumas. A púrpura ocorre essencialmente nos idosos desnutridos, a nível cutâneo, e está associada com o envelhecimento natural da pele, com predomínio nas peles lesadas. Os idosos apresentam também um maior risco de desenvolvimento de quebras cutâneas, uma vez que se verifica uma atrofia da pele e diminuição da sua espessura, perda de elasticidade, e predomina a pele tipo “seda”, características associadas às quebras cutâneas (Sampaio, 2000).

Relativamente aos anticoagulantes, verificou-se que a maioria dos doentes os utilizava, devido à presença de patologias cardíacas inerentes à sua utilização. No entanto, estes não estiveram relacionados com a prevalência das quebras cutâneas. Este resultado pode ser explicado pelo facto de a necessidade dos doentes de anticoagulação ser independente das quebras cutâneas (Koyano et al, 2016) embora o uso de agentes anticoagulantes possa realmente causar alterações dermatológicas tais como púrpura senil e equimoses (Le Blanc e Baranoski 2011; Payne e Martin 1993).

Também, não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa com a utilização de adesivos. Este resultado poderá dever-se por um lado ao facto de apenas uma minoria dos doentes, 7,5%, não utilizar adesivos.

Internacionalmente, de acordo com LeBlank e Baranoski (2011), as primeiras pesquisas apontaram que 1,5 milhões de quebras cutâneas ocorrem a cada ano, em adultos institucionalizados nos E.U.A e na Austrália. Também, num estudo desenvolvido numa instituição de saúde, verificou-se cerca de 41,5% da taxa de prevalência de quebras cutâneas. Já na Europa, não há dados de prevalência ou incidência conhecidos (LeBlank & Baranoski, 2011).

LeBlanc e Baranoski (2011) realizaram um estudo de âmbito internacional que visava explorar as práticas na avaliação, previsão e tratamento das quebras cutâneas, envolvendo um total de 1127 profissionais de saúde de 16 países. Mais de metade (69,6%) dos entrevistados relatou um problema com a avaliação atual e documentação da lesão por quebras cutâneas, nos cenários da prática clínica. A grande maioria (89,5%) era a favor de um método simplificado para documentar e avaliar as quebras cutâneas. Um total de 80,9% dos entrevistados admitiu não usar qualquer ferramenta para a avaliação nem utilizar um sistema de classificação para avaliar e documentar as quebras cutâneas.

Relativamente à incidência, no presente estudo verificou-se que 18,6% dos doentes desenvolveram quebras cutâneas durante o internamento, sendo que destes a maioria (62,5%) eram do tipo 1b. Esta incidência é por isso consistente com a que foi apresentada por outros estudos, sendo que Koyano et al. (2016) reportaram também que 18,6% dos doentes desenvolveram quebras cutâneas durante o internamento.

Strazzieri-Pulido, Peres, Campanili e Santos (2017), realizaram uma recente revisão sistemática da literatura acerca da incidência e fatores de risco associados com as quebras cutâneas. Os autores verificaram que os estudos analisados reportavam uma incidência de quebras cutâneas de entre 1,1% e 92%, em diferentes instituições, variando de acordo com o género e grupo etário dos participantes. A taxa mais elevada de incidência foi encontrada num estudo realizado nos Estados Unidos da América (Malone, Rozario, Gavinski, & Goodwin, 1991), no qual foram detetadas 321 quebras cutâneas em 349 doentes, no decurso de um ano, resultando numa taxa de incidência de 92%. No entanto os autores referiram que os registos que existem relativos a este tipo de ferimento geralmente não são precisos, pelo que esta taxa pode ter sido influenciada por isso, e ser na verdade mais baixa. A taxa mais baixa de incidência (2,1% para homens e 4,6% para mulheres) foi reportada por Kennedy e Kerse (2011), que estimaram a incidência de quebras cutâneas em doentes com idades iguais ou superiores a 65 anos, residentes numa instituição de saúde da Nova Zelândia, ao longo de 2 anos. No seu estudo, as quebras cutâneas mostraram estar relacionados com fatores como a idade avançada, mobilidade limitada, quedas, género feminino, história prévia de quebras cutâneas, existência de défice cognitivo, e dependência nas transferências.

Tal como para a prevalência, no que se refere à relação entre a incidência de quebras cutâneas e variáveis sociodemográficas, também não foram encontradas associações significativas com o sexo e idade dos doentes.

Em termos de fatores clínicos, verificou-se que doentes que não desenvolveram quebras cutâneas durante o internamento pontuaram de forma superior na escala de Barthel, apresentando menor dependência. Por outro lado, não foram encontradas diferenças no que diz respeito ao risco de UP.

Ao nível de características da pele, foi observada uma associação entre a incidência de quebras cutâneas e a existência de equimoses, sendo que dos doentes que apresentavam equimoses, metade apresentava quebras cutâneas.

Observou-se ainda uma associação entre a incidência de quebras cutâneas e a existência de púrpura, sendo que a maioria dos doentes que apresentavam púrpura apresentavam também quebras cutâneas.

De salientar que a prevalência e incidência de quebras cutâneas encontradas no presente estudo foram mais elevadas do que as reportadas por muitos dos estudos referidos, o que pode ter também a ver com o grau de formação acerca das mesmas dos enfermeiros que fizeram a sua identificação ao longo do estudo.

O tratamento das quebras cutâneas por parte dos enfermeiros e a sua identificação, como já referido, foram logo as primeiras dificuldades com que nos deparamos. Com este estudo identificámos algumas lacunas, pelo que sugerimos formação com implicações a nível da avaliação na área das quebras cutâneas, de forma a que o tratamento das quebras cutâneas e viabilidade tecidular sejam cada vez melhores e, desta forma, sejam também enriquecidas futuras investigações. Por outro lado, a redução dos erros clínicos e das más práticas clínicas tem um enorme potencial para reduzir os custos na saúde, ao mesmo tempo que melhora a qualidade dos cuidados. Neste intuito, a formação profissional contínua é essencial para que os profissionais de saúde se mantenham atualizados e possam usar os seus conhecimentos de forma a darem resposta às exigências dos cuidados dos seus doentes.

Sendo assim, para além das medidas preventivas, a importância da aplicação de um protocolo de prevenção, e a formação dos prestadores de cuidados podem ajudar a reduzir esta tipologia de feridas. A formação, não só desta área, mas em feridas, nos cuidados à pele e na prevenção será a melhor estratégia para a redução da incidência destas lesões (Mota et al. 2011; Stephen-Haynes & Carville 2011; Xiaoti Xu et al. 2009).

Assim, os resultados encontrados no presente estudo vão de encontro a conclusões retiradas por estudos anteriores, como por exemplo o de Lewin, Newall, Alan, Carville, Santamaria e Roberts (2015), que realizaram um estudo de caso-controlo, no contexto de

um hospital, que envolveu uma amostra de 453 doentes (151 casos e 302 controlo), no sentido de identificarem fatores de risco associados com o desenvolvimento de quebras cutâneas em doentes idosos. Os seus resultados suportaram um modelo preditivo de quebras cutâneas, que envolveu 6 variáveis: equimoses, púrpura, hematomas, evidência de uma quebra cutânea previamente tratada, edema e a incapacidade de o doente de reposicionar de forma independente. Por outro lado, os autores não encontraram associação significativa entre a presença de quebras cutâneas e as variáveis relativas à medicação, embora os anticoagulantes e corticosteroides, por exemplo, tenham sido frequentemente apontados na literatura como possíveis fatores de risco no desenvolvimento de quebras cutâneas (e.g., Carville et al., 2007; Holmes et al., 2013). Também, ainda neste estudo (Lewin et al., 2015), a idade revelou não contribuir de forma independente para o modelo preditivo das quebras cutâneas.

Tendo em conta os resultados obtidos neste estudo de investigação, fica patente a ideia de que os idosos dependentes nas AVD's, com co-morbilidades associadas e presença de determinados fatores de risco apresentam um maior risco de ocorrência das quebras cutâneas. Consideramos que as medidas preventivas estabelecidas internacionalmente, são um forte contributo para a prevenção das quebras cutâneas, preconizando que para a redução do risco de quebras cutâneas é necessário a utilização de técnicas cuidadosas e adequadas à pessoa idosa.

Foi possível constatar-mos que quanto à identificação das características clínicas dos doentes que apresentam quebras cutâneas e a etiologia das lesões identificadas os resultados encontrados, na sua maioria, vão de encontro ao que foi descrito na fundamentação teórica.

Em síntese, podemos afirmar que sendo um estudo de prevalência e incidência de quebras cutâneas no idoso hospitalizado, permitiu-nos compreender a extensão desta relevante problemática em saúde, tornando possível no futuro definir estratégias de intervenção a nível institucional para uma gestão de cuidados mais eficaz e com maior qualidade para o doente idoso. Para tal, ficou claro a ideia da pertinência e necessidade de formação dos profissionais de saúde envolvidos no diagnóstico e tratamento das feridas, de forma a acompanharem os avanços tecnológicos neste âmbito e atualizações no conhecimento e mestria, para um cuidar de maior qualidade baseado na mais recente evidência científica. Neste desígnio, consideramos a formação profissional contínua essencial para os profissionais de saúde se manterem atualizados e poderem usar os seus conhecimentos de encontro às exigências dos cuidados dos seus doentes.



A aplicação do instrumento STAR Skin Tear Classification System, demonstrou ser uma ferramenta útil para futuros estudos sobre quebras cutâneas, uma vez que é um tema, como já referimos anteriormente, pouco estudado e pouco conhecido nacionalmente.

Todavia, consideramos que os escassos trabalhos de investigação sobre quebras cutâneas em Portugal, limitou-nos a comparação dos resultados obtidos e um conhecimento profundo da realidade no nosso país

## **CONCLUSÕES**

Optou-se por estudar as quebras cutâneas uma vez que este tipo de lesão de pele parece ser subvalorizado face às demais feridas (por exemplo, as úlceras de pressão), nas instituições de saúde. De facto, no que se refere à realidade portuguesa, não encontramos dados de investigação até à atualidade, no que toca à prevalência e incidência das Quebras Cutâneas no doente idoso institucionalizado.

Ao envelhecer a pessoa torna-se mais vulnerável, em parte devido a processos que decorrem da sua fisiologia natural: a capacidade de cicatrização diminui, e os riscos de demência, diabetes mellitus e doença vasculares aumentam, entre outros fatores inerentes ao processo de envelhecimento.

As lesões cutâneas podem ser complicadas pela dor e infeção, interferindo com o estado funcional, e contribuir para aumento do tempo de permanência no hospital, podendo levar mesmo a mortalidade prematura.

No cuidado ao idoso, o enfermeiro especialista deve estar atento a estas principais complicações decorrentes do estado de saúde e do tratamento nos idosos, e prover de conhecimentos que contribuam para a sua prevenção e tratamento.

A finalidade deste estudo foi sensibilizar os enfermeiros que cuidam dos idosos, de que estes devem ser cuidados como um todo, deve ter-se um cuidado especial com a sua superfície, neste caso a sua pele, e nada melhor do que conhecer pormenorizadamente o nosso alvo de cuidados para melhor podermos cuidar. A nossa abordagem deve assentar essencialmente na prevenção, envolvendo o doente e família e toda uma equipa multidisciplinar. Na ocorrência de lesões, nomeadamente ao nível da pele, os enfermeiros devem ser capazes de se afastarem dos hábitos empíricos, repetitivos e “tradicionais” e encararem o problema de um modo lógico, científico, que promova uma prática de qualidade e eficiente sob o ponto de vista do custo/eficácia, um tema muito presente na época em que vivemos.

O aumento do conhecimento acerca dos fatores determinantes para o desenvolvimento das quebras cutâneas vai permitir atribuir e alocar os meios necessários no sentido de reduzir a incidência e prevalência das mesmas a nível hospital, fator valorizado enquanto indicador de qualidade de cuidados de saúde.

Assim, de acordo com os resultados obtidos, salientam-se alguns fatores de risco para o desenvolvimento de quebras cutâneas, que devem ser tidos em consideração na prática

da enfermagem, nomeadamente determinadas características da pele, como a presença que equimoses, edemas, hematomas e púrpura, bem como a dependência nas AVD's.

É de referir igualmente que existem e estão disponíveis ferramentas de registo adequadas, no que toca à categorização de quebras cutâneas, sendo importante que estas sejam aplicadas nos vários contextos de saúde, no sentido de promover uma melhor avaliação e da resposta a doentes que apresentem este tipo de lesões. Salienta-se, a título de exemplo, o Sistema de Classificação das *quebras cutâneas*, revisto em 2007 por Carville e colaboradores, validado para a população portuguesa em 2013, por Ribeiro. Pensamos, de igual modo, que os enfermeiros, no seu papel de cuidadores, precisam cada vez mais de estabelecer um plano estratégico de prevenção e tratamento adequado para a pele do doente idoso. Para que tal aconteça é necessário um maior investimento na formação neste domínio de saber, que é notoriamente escasso.

Em Portugal, e face à pesquisa científica que efetuada, há um longo caminho a percorrer nesta área, na medida em que como já foi referido, há uma escassa produção científica, e, a que existe, é pouco aplicada ou divulgada. Por tudo isto, a abordagem desta temática, configurou-se um desafio e assumiu especial importância.

No decorrer do estudo deparámo-nos com algumas limitações, na medida em que se trata de um estudo, baseado em dados recolhidos por terceiros, na impossibilidade de validar todos os dados presencialmente.

Salienta-se também que a amostra é de pequena dimensão, limitando por isso a análise de dados, pelo que seria importante replicar este estudo com uma amostra maior.

Relativamente ao sistema de classificação de quebras cutâneas, ao longo do estudo apercebemo-nos de que ainda é uma ferramenta útil para futuros estudos sobre quebras cutâneas, uma vez que é um tema, como já foi referido anteriormente, pouco estudado e pouco conhecido nacionalmente. De referir que a inexistência de trabalhos de investigação sobre quebras cutâneas em Portugal limitou a comparação dos resultados obtidos com outros estudos.

No que diz respeito aos profissionais de saúde, nomeadamente à enfermagem, outra limitação encontrada ao longo deste trabalho foi a grande confusão, entre úlceras por pressão e quebras cutâneas. Este fator veio atrasar a colheita de dados, uma vez que havia necessidade de explicar toda a fisiopatologia das quebras cutâneas. Por outro lado, este aspeto vem reforçar a ideia da necessidade constante de formação por parte dos profissionais de saúde. Assim, a apreciação correta dos registos é essencial para a

uniformização e sistematização dos dados, bem como para a análise e intervenção em tempo útil.

Assim, seria importante, no sentido de aprofundar o conhecimento desta temática em Portugal, a realização de outros estudos, em outras áreas da prestação de cuidados, de modo a projetar estratégias de prevenção e contribuir para a diminuição da prevalência e incidência de quebras cutâneas. A replicação deste estudo pode contribuir para aumentar o conhecimento de uma realidade até agora desconhecida, sensibilizando ao mesmo tempo alguns profissionais saúde para a existência deste problema.

Reforçando esta ideia e considerando as diretrizes facultadas por diversos autores, além das medidas preventivas, a importância da aplicação de um protocolo de prevenção, e a formação dos prestadores de cuidados ajudam a reduzir esta tipologia de feridas. A formação, não só desta área, mas em feridas, nos cuidados à pele e na prevenção são a melhor estratégia para a redução da incidência destas lesões (Mota et al. 2011; Stephen-Haynes & Carville 2011; Xiaoti Xu et al. 2009).

As replicações destes estudos em Portugal podem ainda contribuir para delinear uma estratégia de prevenção e contribuir para a diminuição da prevalência de quebras cutâneas. O mesmo instrumento, quando aplicado a outras pessoas noutras circunstâncias poderá contribuir para o conhecimento de uma realidade até agora desconhecida ao mesmo tempo que poderá sensibilizar alguns profissionais saúde para a existência deste problema (Ribeiro, 2013).

Para diminuir a incidência deste tipo de lesões é necessário perceber quais são os fatores que aumentam a probabilidade de estas ocorrerem. Tal como LeBlanc e Baranoski (2014), também no presente estudo as quebras cutâneas ocorreram com mais frequência em idosos dependentes nas AVD's, mas também estes idosos apresentam frequentemente défices cognitivos acompanhados de comportamentos defensivo-agressivos e quadros de agitação, aumentando o risco de trauma mecânico provocados movimentos bruscos durante os cuidados. Para evitar estas ocorrências, é fundamental negociar e envolver a pessoa no cuidado utilizando técnicas de posicionamento e transferência cuidadosas e adequadas para diminuir as forças de fricção e cisalhamento.

Em conclusão, este estudo vem contribuir para preencher a lacuna que parece existir no que diz respeito à investigação sobre as quebras cutâneas em Portugal, sugerindo que fatores clínicos, como o grau de dependência, a existência de hematomas, de edemas e

púrpura, está relacionada com as quebras cutâneas, constituindo fatores de risco para o seu desenvolvimento e devendo por isso ser foco de atenção.

## BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, L. - **A idade não perdoa? O idoso à luz da neurologia gerontológica**. Lisboa: Gradiva edições, 2006.
- AMADO, J. – A Técnica de análise de conteúdo. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. N.º 5 (2000), p. 53-63
- ANDRADE, L. [et al.] – Papel da Enfermagem na reabilitação física. [em linha]. “**Revista Brasileira de Enfermagem REBen**”. Vol. 63, nº. 6, (nov.-dez., 2010) p. 1056-1060. [Consultado em 12 Dez 2017]. Disponível na www: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600029>.
- ANDRADE, P., PEREIRA, F., SANTOS, L., SALDANHA, M. - Úlceras de pressão: casuística de um Serviço de Medicina Interna. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**. Vol.17, nº1 (2010), p.13-20.
- ARAÚJO, F. [et al.] - Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Qualidade de vida. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol. 25, nº 2 (2007), p. 59-66.
- ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTETRIC AND NEONATAL NURSES - **Abstracts of the 2013 Convention Proceedings of the AWHONN**. June 15-19, 2013. Nashville, Tennessee.
- BARANOSKI, STEVE - Skin tears: The enemy of frail skin. **Advances in Skin and Wound Care**. Vol.13, nº3 (2000), p.123-126.
- BARDIN, L. – **Análise de conteúdo**. 5ª ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BELDON, P. - Compression Bandaging: Avoiding Pressure Damage. **British Journal of Community Nursing**. Vol. 3, nº 6 (2008), p. S6, S8, S10-S12.
- CABRAL, M.V.; Ferreira, P.M.; Silva, P.A; Jerónimo, P.; Marques, T. - **Processos de Envelhecimento em Portugal: Uso do tempo, redes sociais e condições de vida**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013.
- CALLEGARI, J. - **Bioestatística princípios e aplicações**. Porto Alegre: Ed. ArtMed, 2003.
- CARVILHE K, LEWIN [et. al.] - STAR: a consensus for skin tears classification. **Advances in skin & Wond care**. Vol. 15, nº. 1, (2007), p. 18-28.

- CARVILLE K, SMITH J. - A report on the effectiveness of comprehensive wound assessment and documentation in the community. **Primary Intention: The Australian Journal of Wound Management**. Vol.12, nº1 (2004), p.41-9.
- CARVILLE, K., Lewin, G., Newall, N., Haslehurst, P., Michael, R., Santamaria, N., & Roberts, P. - Star: a consensus for skin tear classification. **Primary intention** Vol.15, nº1 (2007), p.18-28. [Consultado em 12 Dez 2017] Disponível na: <http://www.silverchain.org.au/assets/files/STAR-Article.pdf>
- CHALIFOUR, J. - **A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial – humanistas da Relação de Ajuda**. Loures: Lusodidacta, 2008.
- CHRISTENSEN, M.; HEWITT-TAYLOR, J. - From expert to tasks, expert nursing practice redefined? **Journal of Clinical Nursing**. Nº 15 (2006), p. 1531-1539.
- CHRISTENSEN, Martin - Advancing nursing practice: redefining the theoretical and practical integration of knowledge. **Journal of Clinical Nursing**. Vol. 20 (2011), p. 873–881.
- CHRISTENSEN, Martin - Advancing practice in critical care: a model of knowledge integration. **Nursing in Critical Care**. Vol. 14, nº 2 (2009), p. 86-94.
- CHUNG, Y.D., ZHU, J., HAN, Y.G., KERNAN, M.J. - A encodes a PNS-specific, ZP domain protein required to connect mechanosensory dendrites to sensory structures. **Neuron** Vol.29, nº2(2001), p.415--428.
- CLOTHIER, Annie – Assessing and Managing skin tears in older people. Clinical Focus. **Nurse Prescribing** Vol 12, nº 6 (2014), p 278–282.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise - **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- COUTINHO, C. – **Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática**. Coimbra: Edições Almedina, 2011.
- CUZZELL J. - Clues: bruised, torn skin. **Am J Nurs**. Vol. 90, nº 3 (1990), p.16–18.
- DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia - Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau**. v.2, n.4, , Sem II. (2008). p.1-13.
- FESTAS, C. - Cuidar no 3º milénio, **Servir**, Vol.47, nº 2 (1999), pp.60-66;

- FONTAINE, R. - **Psicologia do Envelhecimento**. Lisboa: Climepsi Editores, 2000.
- FORTIN, M. - Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidata, 2009.
- FORTIN, M.-F. - **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999.
- GIL, A. C. - **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- HAMPTON S.- An evaluation of a silicone adhesive shaped heel dressing. **British Journal of Nursing**. Vol. 19, nº. 6, (2010), p.30-3.
- HAMPTON, Sylvie - An evaluation of a silicone adhesive shaped heel dressing. **British Journal of Nursing**. Vol.19, nº6 (2010), p.30-3
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; HERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Pila - **Metodologia de pesquisa**. 5º. Ed. São Paulo: Penso, 2013.
- HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem: pensamento e ação na perspetiva do cuidar**. Loures: Lusodidacta, 2001.
- HOLMES, R.F.; DAVIDSON, M.W.; THOMPSON, B.J.; KELECHI, T.J - Skin tears: Care and management of the older adult at home. **Home healthcare nurse**, 31(2), (2013), p. 90-101
- HOLMES, R.F.; DAVIDSON, M.W.; THOMPSON, B.J.; KELECHI, T.J. - Skin tears: Care and management of the older adult at home. **Home healthcare nurse**. Vol.31, nº2 (2013), p. 90-101.
- KENNEDY P; KERSE N. - Pretibial skin tears in older adults: a 2-year epidemiological study. **J Am Geriatr Soc**. Vol. 59, (2011), p. 1547-1548.
- KOYANO, Y. [et al] - Skin property can predict the development of skin tears among elderly patients: a prospective cohort study. **Internacional Wound Journal**. Vol.14, Issue 4 (August 2017), p.691–697.
- LAKATOS, Eva; MARCONI, Marina – **Fundamentos de metodologia científica**. 5.º ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2003.
- LEBLANC K, [et al.] - Prevalence of skin tears in a long-term care facility. **J Wound Ostomy Continence Nurs**. Vol.40, nº6 (2013) p. 580-4.
- LEBLANC K, [et al.] - Skin tears best practices for care and prevention. **Nursing**. Vol. 44, nº 5 (2014), p.36-46.



- LEBLANC K, Christensen D, Orstead H, Keast D. - Best practice recommendations for the prevention and treatment of skin tears. **Wound Care** Vol. 6 nº8 (2008), p.14-32
- LEBLANC K, Christensen D. - An approach to managing skin tears in the elderly population: A case series. **Poster presented at the Canadian Association of Wound Care** Annual Conference, Montreal, Quebec (2005).
- LEBLANC, K., [et. al.] - Prevention and treatment of skin tears. **Wound Care Canada**. Vol.6 nº1 (2008), p.14-32.
- LEBLANC, K., Baranoski, S. - Prevention and management of skin tears. **Advances in Skin and Wound Care**. Vol. 22, nº.7 (july2009), p. 325-332.
- LEBLANC, K.; [et. al.] - International skin tear advisory panel: A tool kit to aid in the prevention, assessment, and treatment of skin tears –Using a simplified classification system. **Advances in skin & wond care**. Nº 26 (2013), p.459-76.
- LEBLANC, K.; Baranoski, S. - Skin tears: State of the science: consensus statements for the prevention, prediction, assessment, and treatment of skin tears. **Advances in skin & wond care**. Vol. 24, nº9 (2011), p.2-15.
- LEBLANC, K.; Baranoski, S.; Holloway, S.; Langemo, D. - Validation of a new classification system for skin tears. **Advances in skin & wond care**. Nº26 (2013), p.263-65.
- MALONE ML , Rozario N , Gavinski M , Goodwin J . - **The epidemiology of skin tears in the institutionalized elderly** . *J Am Geriatr Soc*. Nº 39 (1991). p. 591-595 .
- MARQUES, M.I.D.- Percepção «significativa» dos cuidados de Enfermagem pelos Utentes Hospitalizados. **Referencia**, nº5/ Novembro (2000), pp. 5-15.
- Martins CP, Tapia CEV. A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea. **Rev Bras Enferm**. Vol.62, nº5 (Set-Out 2009); p.778-83.
- MARTINS, C. - **Manual de Análise de dados quantitativos com recurso à IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir**. Braga: Psiquilíbrios Edições, 2011.
- MARTINS, R. - **Envelhecimento e Políticas Sociais**. [em linha]. Viseu :[s.n.], 2006. Dissertação de mestrado em Políticas sociais apresentada na Escola Superior de Saúde de Viveu, do Instituto Politécnico de Viseu. [Consultado em 12

- Set 2017]. Disponível em:  
[http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1814/1/Jose\\_Silva.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1814/1/Jose_Silva.pdf)
- MCGHOUGH – Csarny J, Kopac CA, Skin tears in institutionalized elderly: na epidemiological study. **Ostomy Wound Manage.** Vol. 44 (1998); p. 14S-25S-
  - MCNICHOL L, LUND C, ROSEN T, GRAY M. - Medical Adhesives and Patient Safety: State of the Science: Consensus statements for the assessment, prevention, and treatment of adhesive-related skin injuries. **J Wound Ostomy Continence Nurs.** Vol. 40, nº 4 (2013), p.365–80.
  - MEDRONHO, R. [et al.] - **Epidemiologia.** 2. ed. São Paulo. Atheneu, 2009.
  - MENDES, K. D.S; SILVEIRA R.C.C.P. GALVÃO C.M. - Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Texto Contexto Enfermagem.** Vol. 17, nº 4(2008), p.758-64.
  - MEULENEIRE F. - Using a soft silicone-coated net dressing to manage skin tears. **J Wound Care.** Vol.11, nº10 (2002), p. 365-9;
  - MONIZ, J.M.N. - **A enfermagem e a pessoa idosa.** Loures, Lusociencia, 2003.
  - MOREY, P. - Skin tears: a literature review. **Primary intention.** Vol.15, nº 3 (2007), p122-129.
  - MOTA, A. [et. al.- Quebras cutâneas - “skin tears”: etiologia e classificação. **Nursing suplemento.** (2011),p. 2-7.
  - O'REGAN A - Skin tears: a review of the literature. **World Council Enterostomal Ther J .** Vol. 22 (2002) p.26-31.
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.** [S.I.]: Ordem dos Enfermeiros, 2004.
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS - **O Enfermeiro e o Cidadão: Compromisso (d) e Proximidade.** In. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. [Consultado em 10 Nov. 2016]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICon gPPTCM.pdf>.
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. **Divulgar.** Nº2 (2001), p. 15-20.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista**. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros, (2010a). [Consultado em 1 Nov. 2016]. Disponível na: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**, [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros, 2010b. [Consultado em 1 Nov. 2016]. Disponível na WWW:URL:[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica**. Ordem dos Enfermeiros, 2011.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem – **Modelo de desenvolvimento profissional: documental de operacionalização de competências e programas formativos. Progressividade e etapas**. Caderno Temático 4. [S.l.]: Ordem dos Enfermeiros, 2011.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho Diretivo – **Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem**. Ordem dos enfermeiros, 2014;
- OREM D. - **Nursing: concept of practice**. 6ªed. St. Louis: Mosby;2001;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - **Emergency Medical Services Systems in the European Union**. [em linha]. Relatório da Organização Mundial de Saúde, 2008. [Consultado em 20 Dez. 2016]. Disponível na WWW:<URL: <https://ec.europa.eu/digital-agenda/sites/digital-agenda/files/WHO.pdf>>.
- PAPALEO NETO, Mateus - **Biologia e Teorias do Envelhecimento. Gerontologia. A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 1999.
- PAÚL, C.; Fonseca, AM - **Psicossociologia da Saúde**. Lisboa: Climepsi, 2001.
- PAYNE R., Martin M. – Defining and classifying skin tears: need for a common language. **Osttomy Wound Manage**. Vol.39, nº 5 (1993), p.16-20;

- PAYNE R., Martin M. – The Epidemiology and management of skin tears in olders adults. Osttomy Wound Manage. **Advances in skin & wond care**, nº8 (1990), p. 26-37.
- PAYNE, Martin – The Epidemiology and management of skin tears in olders adults. Osttomy Wound Manage. **Advances in skin & wond care**. N º8 (1990), p. 26-37 ;
- PHANEUF, Margot - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2004.
- PINTO, L. F. - **Sistemas de Informação e Profissionais de Enfermagem**. Tese de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, 2009, p.64.
- POCINHO, Ricardo, S. P. - **Mayores en contextos de aprendizaje: Caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal**. [em linha]. Valência: [s.n.], 2014. Tese de doutoramento em Psicogerontologia. Universitat de València. [consultado em 12 Set 2017]. Disponível em : [http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Mayores\\_Pocinho.pdf](http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Mayores_Pocinho.pdf)
- POLIT, Denise; BECK, Cheryl; HUNGLER, Bernardette – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- PORDATA. Base de Dados Portugal Contemporâneo - **Esperança de vida aos 65 anos da população do sexo feminino e masculino: total e por anos de vida saudável e não saudável – Europa**”. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2014. [consultado em [12 Set 2017]. Disponível em <http://www.pordata.pt/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela> [07 de abril de 2015].
- PORDATA. Base de Dados Portugal Contemporâneo - **Indicadores de envelhecimento segundo o Censos**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2014. [consultado em [12 Set 2017]. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526> [19 de março de 2015].
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística - **CASES: Conta Satélite da Economia Social 2010. Conta Satélite da Economia Social 2010**. Lisboa: INE, 2013.
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística - **Projeções de população residente em Portugal, 2 008-2060**. Lisboa: INE, 2009.

- PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. - **Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006**. Lisboa: INE: INSA, 2009.
- PULIDO, Kelly; SANTOS, Vera Lucia - O que Precisamos Saber Acerca das Lesões por Fricção. **Revista Estima** - Vol 8, nº3 (2010), p. 34 – 41.
- RIBEIRO, Rita - **Validação e adaptação transcultural para a língua portuguesa em Portugal do instrumento de avaliação de quebras cutâneas, Start skin tear classification System**. Dissertação de mestrado em feridas e viabilidade tecidual. Universidade católica portuguesa Lisboa, 2013. Dissertação de Mestrado.
- ROLIM KMC [et. al.]. - Atuação da enfermeira na prevenção de lesão de pele do recém-nascido. **Rev Enferm UERJ**.Vol.17, nº4 (Out-Dez 2009), p. 544-9.
- SANTAMARIA NM, [et al] - Woundswest: identifying the prevalence of wounds within western Australia's public health system. **EWMA Journal**. Vol.9, nº 3 (2009), p.13-8.
- SANTOS AAC. [et al.]. O grupo pesquisador construindo ações de autocuidado para o envelhecimento saudável: pesquisa sociopoética. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Vol.15, nº4 (2011), p.745-53.
- SCHOSSLER T, CROSSETTI MG - Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. **Texto Contexto Enferm**, Vol. 17, nº. 2 (abr.-jun. 2008), p. 280-7.
- SEQUEIRA, C. - **Cuidar de idosos dependentes**. Coimbra: Quarteto Editora, 2007
- SMELTZER SC, Bare BG - **Histórico e tratamento de pacientes com diabetes mellitus**. In: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner/Suddarth: tratado de enfermagem médica cirúrgica.. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002, p. 933-83.
- SOUSA, Valmi - Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev Latino-am Enfermagem**. Vol. 15, nº 3 (Maio-Junho 2007).
- SOUZA, Maria; SANTOS, Luma - Úlceras por pressão e envelhecimento. **Revista Estima**, Vol.4 nº1 (2006), p. 36-44.
- STEPHEN-HAYNES, Jackie ; CARVILLE, Keryln - Skin tears made easy. **Wounds International**, Vol.2, nº4 (2009), p.1-6.

- STRAZZIERI-PULIDO, Kelly.; [et. al.] – Prevalência de lesão por fricção e fatores associados: revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** - Vol. 49, nº 4 (jul.-ago. 2015). ISSN 0080-6234.
- WALTER, Jim; MAIBACH, Howard - **Bioquímica Cutânea no Envelhecimento da Pele**. Cosm. Toiletries., Vol..20 (2008), p. 56-59.
- WALTERS, Anderson - **Dermatological and transdermal formulations**, 4a ed. Marcel Dekker, Inc. New York (2002).
- WEAVER, C. A. ; Krug, K. S. - Consolidation-like effects in flashbulb memories: Evidence from September 11, 2001. **American Journal of Psychology**. Vol.117 (2004), p.517–530.
- WHITE M., Kiam S., Cowell B. - Skin Tears in frail elders: a practical approach to prevention. **Geriatric Nurs**. Vol.15 (1994), p.95-9.
- XIAOTI Xu, [et al.] - The current management of skin tears. **The American Journal of Emergency Medicine**. Vol.27 (2009), p.729-733.
- XIAOTI XU, B. - **The current management of skin tears**. The American Journal of Emergency Medicine, Vol.27 (2009), p. 729 -733.

**ANEXOS**

**ANEXO A**

**INE (Índice de Envelhecimento)**



Local de residência (NUTS - 2013)	Índice de envelhecimento (projeções 2015-2080 - N.º) por Local de residência (NUTS - 2013) e Cenário; Anual			
	Período de referência dos dados			
	2080			
	Cenário			
	Baixo	Central	Alto	Sem migrações
	N.º	N.º	N.º	N.º
<b>Portugal</b>	459,2	317,4	261,3	355,8
<b>Norte</b>	559,3	398,1	334,4	410,8
<b>Centro</b>	524,5	354,0	285,1	406,5
<b>Área Metropolitana de Lisboa</b>	360,1	261,4	220,3	287,8
<b>Alentejo</b>	455,5	301,7	240,9	348,0
<b>Algarve</b>	390,9	258,8	207,1	312,0
<b>Região Autónoma dos Açores</b>	502,4	272,1	219,1	345,9
<b>Região Autónoma da Madeira</b>	753,6	307,3	244,1	401,5

Índice de envelhecimento (projeções 2015-2080 - N.º) por Local de residência (NUTS - 2013) e Cenário; Anual - INE, Projeções da população residente




**ANEXO B**

**Escala de Braden Adulto**

<b>Percepção sensorial:</b> Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	<b>1- Totalmente limitado:</b> Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivar) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	<b>2- Muito limitado:</b> Sómente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto excecuto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	<b>3- Levemente limitado:</b> Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	<b>4- Nenhuma limitação:</b> Responde ao comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
<b>Umidade:</b> Nível ao qual a pele é exposta à umidade	<b>1- Completamente molhada:</b> A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	<b>2- Muito molhada:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	<b>3- Ocasionalmente molhada:</b> A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	<b>4- Raramente molhada:</b> A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
<b>Atividade:</b> Grau de atividade física	<b>1- Acamado:</b> confinado a cama	<b>2- Confinado à cadeira:</b> A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar	<b>3- Anda ocasionalmente:</b> Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	<b>4- Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado
<b>Mobilidade:</b> Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	<b>1. Totalmente imóvel:</b> Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	<b>2. Bastante Limitado:</b> Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	<b>3. Levemente Limitado:</b> Faz frequentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	<b>4. Não apresenta limitações:</b> Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio
<b>Nutrição:</b> padrão usual de consumo alimentar.	<b>1. Muito Pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias	<b>2. Provavelmente inadequado:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	<b>3. Adequado:</b> Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
<b>Fricção e cisalhamento</b>	<b>1. Problema:</b> Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção	<b>2. Problema em potencial:</b> Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.	<b>3. Nenhum Problema:</b> Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira	

**ANEXO C**

**Escala de Bathel**

<b>ÍNDICE DE BARTHEL</b>	<b>ADMISSÃO</b> ____/____/20____	<b>5º DIA</b> ____/____/20____	<b>ALTA</b> ____/____/20____
<b><u>Alimentação</u></b>			
• Independente	10	10	10
• Necessita de Ajuda ou Dieta Modificada	5	5	5
• Totalmente Dependente	0	0	0
<b><u>Higiene Pessoal</u></b> (Barbear-se/Pentear-se/Maquilhar-se/Lavar os dentes)			
• Independente	5	5	5
• Necessita de Ajuda	0	0	0
<b><u>Controlo Vesical</u></b>			
• Contínente	10	10	10
• Acidente Ocasional	5	5	5
• Incontinente (ou algaliado)	0	0	0
<b><u>Controlo Anal</u></b>			
• Contínente	10	10	10
• Acidente Ocasional	5	5	5
• Incontinente (ou necessita de clister)	0	0	0
<b><u>Transferência (cama/cadeira ou vice-versa)</u></b>			
• Independente	15	15	15
• Alguma Ajuda (verbal ou física)	10	10	10
• Muita Ajuda (pode manter-se sentado)	5	5	5
• Totalmente dependente, incapaz de manter a postura sentado	0	0	0
<b><u>Mobilidade/Deslocação</u></b>			
• Independente (pode usar ajuda técnica)	15	15	15
• Ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	10	10	10
• Independente em cadeira de Rodas	5	5	5
• Imóvel	0	0	0
<b><u>Utilização da sanita (WC)</u></b>			
• Independente (sentar, levantar, vestir, puxar autoclismo)	10	10	10
• Necessita de Alguma Ajuda	5	5	5
• Totalmente Dependente	0	0	0
<b><u>Vestir-se</u></b>			
• Independente (incluindo botões, atacadores)	10	10	10
• Necessita de Ajuda	5	5	5
• Totalmente Dependente	0	0	0
<b><u>Banho</u></b>			
• Independente	5	5	5
• Necessita de Ajuda	0	0	0
<b><u>Subir/Descer Escadas</u></b>			
• Independente	10	10	10
• Necessita de Ajuda (verbal, física ou ajudas técnicas)	5	5	5
• Incapaz	0	0	0
<b>TOTAL (0 a 100 pontos)</b>			

**ANEXO D**  
**Escala STAR**

## STAR Skin Tear Classification System



### STAR Skin Tear Classification System Guidelines

1. Control bleeding and clean the wound according to protocol.
2. Realign (if possible) any skin or flap.
3. Assess degree of tissue loss and skin or flap colour using the STAR Classification System.
4. Assess the surrounding skin condition for fragility, swelling, discolouration or bruising.
5. Assess the person, their wound and their healing environment as per protocol.
6. If skin or flap colour is pale, dusky or darkened reassess in 24-48 hours or at the first dressing change.

### STAR Classification System



#### Category 1a

A skin tear where the edges can be realigned to the normal anatomical position (without undue stretching) and the skin or flap colour is not pale, dusky or darkened.



#### Category 1b

A skin tear where the edges can be realigned to the normal anatomical position (without undue stretching) and the skin or flap colour is pale, dusky or darkened.



#### Category 2a

A skin tear where the edges cannot be realigned to the normal anatomical position and the skin or flap colour is not pale, dusky or darkened.



#### Category 2b

A skin tear where the edges cannot be realigned to the normal anatomical position and the skin or flap colour is pale, dusky or darkened.



#### Category 3

A skin tear where the skin flap is completely absent.

**ANEXO E**

**(Pedido de autorização para a realização do estudo)**



[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de Estudo de Investigação

A estudante Diana Maria Campos Pinto Torres Cibrão, a frequentar o IV Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Membro da Ordem dos Enfermeiros Nº [REDACTED], a exercer funções de Enfermeira nesta Unidade de Cuidados, Serviço de Cirurgia, pretende realizar um estudo de investigação subordinado ao tema " Quebras cutâneas em idosos hospitalizados", sob a Orientação do Professor Doutor Luís Graça.

Este estudo tem como objetivo geral identificar a incidência das quebras cutâneas num doente idoso hospitalizado, no serviço de Cirurgia, e a colheita de dados será efetuada através da caracterização da quebra cutânea, segundo a escala STAR, de uma entrevista semiestruturada, no período de Maio a Julho de 2015, com colaboração de um grupo de Enfermeiros do serviço de Cirurgia. No entanto, deverá existir um pré-teste, que desde já peço autorização para ser efetuado no serviço de Medicina, com principal objetivo de esclarecimento da viabilidade do Questionário / Instrumento de colheita de dados a ser utilizado posteriormente.

Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas, que não haverá prejuízo do normal funcionamento dos serviços, e que as gravações efetuadas no âmbito da realização das entrevistas serão destruídas após conclusão do trabalho. Os dados obtidos destinam-se unicamente ao estudo pretendido, assegurando-se o seu anonimato e confidencialidade, tendo por base os princípios éticos inerentes. Comprometo-me ainda a divulgar os resultados obtidos ao hospital em questão e fornecer um exemplar do trabalho final. Assim, solicito que seja concedida a autorização para a realização do pré-teste e do estudo supracitado.

Atenciosamente

A Estudante, \_\_\_\_\_ Tlm. [REDACTED]

(Diana Maria Campos Pinto Torres Cibrão)

Barcelos, Março de 2016

**APÊNDICES**

**APÊNDICE I**

**(Consentimento Informado livre e esclarecido)**

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Eu, (nome completo) -----  
-----, tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito das "Caraterização das quebras cutâneas em doentes hospitalizados", a realizar por Diana maria Campos Pinto Torres Cibrão, a frequentar o IV Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo. Fui esclarecido (a) acerca dos objetivos e de todos os aspetos que considero importantes, tendo obtido respostas relativamente às questões que coloquei. Fui informado (a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim. Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado conjuntamente com o investigador.

Assinatura do entrevistado: -----

Assinatura da Investigadora: -----

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

**APÊNDICE II**

**(Questionário)**

**QUESTIONÁRIO**

No âmbito do IV Curso do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, encontro-me a desenvolver um estudo, que tem como principal objetivo avaliar fatores de risco associados a quebras cutâneas em doentes idosos

Neste questionário não há respostas “certas” ou “erradas”, mas sim respostas relativas a diferentes formas e práticas pessoais de abordar esta área.

Trata-se de um trabalho que necessita a monitorização periódica das eventuais quebras, pelo que a sua colaboração é fundamental.

Agradece-se a sua colaboração e para qualquer esclarecimento estou disponível.





Diana Cibrão


**PARTE I**

**(Dados relativos ao momento de admissão)**

1. Número do Processo: \_\_\_\_\_
2. Idade (anos): \_\_\_\_\_
3. Sexo: 1. M \_\_\_\_\_ 2. F \_\_\_\_\_
4. Raça: 1. Caucasiana \_\_\_\_\_ 2. Outra \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_
5. Diabetes Mellitus: 1. Sim \_\_\_\_\_ 2. Não \_\_\_\_\_
6. Doença Vascular periférica: 1. Sim \_\_\_\_\_ 2. Não \_\_\_\_\_
7. Pele seca e descamativa: 1. Sim \_\_\_\_\_ 2. Não \_\_\_\_\_
8. Rigidez articular? 1. Presente \_\_\_\_\_ 2. Ausente \_\_\_\_\_
9. Espasticidade: 1. Presente \_\_\_\_\_ 2. Ausente \_\_\_\_\_
10. Necessidade de ajuda para levantar: 1. Sim \_\_\_\_\_ 2. Não \_\_\_\_\_

\*Caso esteja presente Quebra Cutânea, assinale a(s) localização(ões)

Data / Classificação o STAR	Admissã o  Data: _/_/_ —	2ºmoment o de avaliação  Data: _/_/_	3ºmoment o de avaliação  Data: _/_/_	4ºmoment o de avaliação  Data: _/_/_	5ºmoment o de avaliação  Data: _/_/_	6ºmoment o de avaliação  Data: _/_/_	7ºmoment o de avaliação  Data: _/_/_	8ºmoment o de avaliação  Data: _/_/_	9ºmoment o de avaliação  Data: _/_/_	10ºmome nto de avaliação  Data: _/_/_ —
 Categoria 1a										
 Categoria 1b										
 Categoria 2a										
 Categoria 2b										

 Categoria 3										
<b>Escala de Braden</b>										
<b>Escala de Barthel</b>										

12. Data de admissão: \_\_\_\_\_

13. Data de alta: \_\_\_\_\_



	Admissão	2ºmome nto de avaliaçã o	3ºmome nto de avaliaçã o	4ºmome nto de avaliaçã o	5ºmome nto de avaliaçã o	6ºmome nto de avaliaçã o	7ºmome nto de avaliaçã o	8ºmome nto de avaliaçã o	9ºmome nto de avaliaçã o	10ºmome nto de avaliação
	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__
14. Equimoses										
15. Hematomas										
16. Edemas MS's										
17. Edemas MI's										

<b>18. Púrpura</b>										
<b>19. Uso de adesivo</b>										

**Parte II**

**(Fatores de Risco para desenvolvimento das quebras cutâneas)**

**\* Caso esteja presente Quebra Cutânea ou não, assinale nas quadriculas da classificação a(s) localização(ões)**

Parte III

(Fatores de Risco para desenvolvimento das quebras cutâneas, durante o internamento)

*\*Assinale se se encontram presentes os seguintes fatores e refira a respetiva localização.*

	Admissão	2ºmomen to de avaliação	3ºmome nto de avaliaçã o	4ºmome nto de avaliaçã o	5ºmome nto de avaliaçã o	6ºmome nto de avaliaçã o	7ºmome nto de avaliaçã o	8ºmome nto de avaliaçã o	9ºmome nto de avaliaçã o	10ºmome nto de avaliação
	Data: _/_/____	Data: _/_/____ —	Data: _/_/____ —	Data: _/_/____ —	Data: _/_/____ —	Data: _/_/____ —	Data: _/_/____ —	Data: _/_/____ —	Data: _/_/____ —	Data: _/_/____ —
20. Uso de corticoides										
21. Uso de anticoagulante										

<b>22. Uso de antiagregant eplaquetário</b>										
-----------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**APENDICE III**

**(Associação entre equimoses, edemas MS e púrpura e prevalência de  
Quebras Cutâneas)**

**Star em algum momento do int<sup>0</sup> \* Valor\_maior\_equimoses Crosstabulation**

			Valor_maior_equimoses		Total
			Não	Sim	
Star em algum momento do int <sup>0</sup>	sem alterações	Count	29	6	35
		Adjusted Residual	3,6	-3,6	
	com alterações	Count	6	12	18
		Adjusted Residual	-3,6	3,6	
Total		Count	35	18	53

**Star em algum momento do int<sup>0</sup> \* Valor\_maior\_edemas\_MS Crosstabulation**

			Valor_maior_edemas_MS		Total
			Não	Sim	
Star em algum momento do int <sup>0</sup>	sem alterações	Count	31	4	35
		Adjusted Residual	2,3	-2,3	
	com alterações	Count	11	7	18
		Adjusted Residual	-2,3	2,3	
Total		Count	42	11	53

**Star em algum momento do int<sup>0</sup> \* Valor\_maior\_púrpura Crosstabulation**

			Valor_maior_púrpura		Total
			Não	Sim	
Star em algum momento do int <sup>0</sup>	sem alterações	Count	34	1	35
		Adjusted Residual	3,8	-3,8	
	com alterações	Count	10	8	18
		Adjusted Residual	-3,8	3,8	
Total		Count	44	9	53

**APENDICE IV**

**(Associação entre equimoses, púrpura e incidência de Quebras Cutâneas)**

**Crosstab**

			Valor_maior_equimoses		Total
			Não	Sim	
Star em algum momento do int <sup>o</sup>	sem alterações	Count	29	6	35
		Adjusted Residual	3,3	-3,3	
	com alterações	Count	2	6	8
		Adjusted Residual	-3,3	3,3	
Total		Count	31	12	43

**Crosstab**

			Valor_maior_púrpura		Total
			Não	Sim	
Star em algum momento do int <sup>o</sup>	sem alterações	Count	34	1	35
		Adjusted Residual	3,0	-3,0	
	com alterações	Count	5	3	8
		Adjusted Residual	-3,0	3,0	
Total		Count	39	4	43